

Szanowni Państwo !

Treść poniższej zgody na leczenie jest standardowym tekstem, publikowanym przez Okręgowe Izby lekarskie w Polsce i służy poinformowaniu Państwa o procedurach w czasie zabiegu, jak i możliwych komplikacjach, z których część pacjentów może nie zdawać sobie sprawy, a które są "książkowymi" powikłaniami, mogącymi powstać w czasie przeprowadzania leczenia, bądź po nim.

Podkreślamy natomiast słowo "**mogącymi**". Znaczy ono tyle, że powikłania te zdarzają się rzadko, a my, ze swej strony, jako lekarze współpracujący w ramach gabinetu **VIVA DENT** gwarantujemy Państwu sumienne wykonanie potrzebnego leczenia w taki sposób, by wspomniane poniżej powikłania Państwa nie dotyczyły lub zredukowane zostały do minimum.

Pozostajemy z szacunkiem.

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE - WSZCZEPIENIE IMPLANTÓW

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL.....

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie chirurgiczne - wszczepienie implantów zęba/zębów przez lek. dent. w

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
2. o tym, że ostateczną decyzję o wszczepieniu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, po odsłonięciu kości wyrostka zębodołowego. Kość może mieć niekorzystną budowę dla wszczepienia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania RTG.
3. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej i w konsekwencji odsłonięcie wszczepu śródkostnego. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek wokół implantu, w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji konieczności jego usunięcia.
4. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego.
5. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
 - b) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 10 dni po zabiegu
 - c) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku

- d) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - e) konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
 - f) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach (co 6 miesięcy)
 - g) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
6. O kosztach leczenia, które akceptuję.

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg wszczepienia implantów jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie to nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

GWARANCJA:

Zostałem poinformowany o zasadach gwarancji na wykonane prace (implanty 5 lat, protetyka 2 lata). Utrzymanie warunków gwarancyjnych uzależnione jest od regularnych wizyt kontrolnych (minimum 1 raz na 6 msc.)

Warunkiem zachowania gwarancji jest wykonanie protetyki w naszym lub współpracującym z nami gabinecie.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich oraz do zgłaszania się na kontrolę w wyznaczonych terminach.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia, także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.

Podpis.....

Data.....

USTALA SIĘ CENĘ ZABIEGU:

1.Wszczep implantu – 2000 zł

2.Korona porcelanowa na łączniku metalowym – 1800 zł lub pełnoceramiczna (eMax) na łączniku metalowym – 2100.

Podpis.....

Data.....