

.....  
pieczętka zakładu

## **ZGODA PACJENTA NA ZABIEG INSTRUMENTACJI PODDZIAŚŁOWEJ**

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

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 późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na zabieg instrumentacji poddząśłowej.

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.

### **Zostałem(am) poinformowany(a) o:**

1. technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/-a z całym jego przebiegiem, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
2. ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: nadwrażliwość zębów, krwawienie
3. niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na efekt zabiegu
4. wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
  - a. powstrzymaniu się od jedzenia i picia przez co najmniej godzinę po zabiegu
  - b. zakazie palenia tytoniu przez co najmniej jeden dzień po zabiegu
  - c. zaleceniu unikania barwiących pokarmów i napojów przez co najmniej dwa dni
  - d. wizytach kontrolnych, na które Pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
  - e. konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. kosztach zabiegu, 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. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

.....  
data, podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....  
data, czytelny podpis Pacjenta  
(Rodzica lub Opiekuna)