

.....  
pieczętka zakładu

## ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

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. 2009r. Nr 52 poz. 417 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę usunięcie zęba.....

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 lub ogólnym.
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań ( w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej. O tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji do konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych.
3. w przypadku usuwania zatrzymanych zębów mądrości w żuchwie oraz innych zębów w żuchwie może dojść do złamania żuchwy.
4. w przypadku usuwania zębów mądrości oraz innych zębów w szczęce może dojść do wtłoczenia korzeni lub całego zęba do zatok szczękowych.
5. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.
6. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
  - a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
  - b) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
  - c) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
  - d) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
  - e) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
  - f) konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
  - g) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
  - h) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
7. 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 chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

.....  
data, podpis i pieczętka lekarza dentysty

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