
Miejscowość, data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zgoda pacjenta
na implantację wszczepów stomatologicznych

Pacjent:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Tel.

e- mail

Gabinet / Zakład Opieki Zdrowotnej:

Nazwa zakładu Rekomendowany

Adres siedziby:

Nip

Tel.

e- mail

Dane lekarza prowadzącego:

Imię i nazwisko

Rekomendowany zakres zabiegu:

Rekomendowana liczba implantów, inne procedury chirurgiczne.

Elementy kosmetyczne w strefie estetycznej

Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta zakres zabiegu:

Liczba implantów:

Dodatkowe ustalenia:

Dodatkowe ustalenia – protetyka:

W przypadku różnic między rekomendowanym i planowanym (zaakceptowanym przez PACJENTA) zakresem zabiegu oświadczam, że zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanych z odmową zgody na rekomendowanie świadczenia biorę to ryzyko na siebie.

Podpis lekarza prowadzącego

czytelny podpis pacjenta

Oświadczenie

1. W dniu.....została przeprowadzona rozmowa informacyjna pomiędzy wyżej wymienionym pacjentem o implantacji wszczepów względnie materiałów kośćozastępczych. Omówione zostały przy tym różne systemy implantologiczne pod względem przydatności w danym indywidualnym przypadku.
2. Za pomocą materiałów informacyjnych, zdjęć rentgenowskich i fotografii wcześniej leczonych przypadków i możliwych koncepcji leczenia, został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.
3. Po omówieniu innych, konwencjonalnych metod leczenia w postaci rozwiązań protetycznych i po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji ,zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję decyzje o poddaniu się zabiegowi.
4. Objaśniono mi przypadki, w których komplikacje doprowadziły do utraty implantu. Przyjmuje do wiadomości, że lekarz ani placówka nie może gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników w tym cech osobniczych pacjenta, stanu zdrowia pacjenta, przebytych chorób oraz postępowania pacjenta po zabiegu. Wyjaśniono mi, że zaproponowane leczenie jest od wielu lat z powodzeniem praktykowane, aczkolwiek metoda ta nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantów. Nie jest możliwe ustalenie za pomocą metod współczesnej diagnostyki potencjalnych zdolności gojenia tkanki kostnej i dziąsłowej. W niewielkim odsetku przypadków z różnych przyczyn, może dojść do ich stopniowej utraty.

5. Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem pouczony o:
 - a. Moim stanie zdrowia i rozpoznaniu,
 - b. Proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych,
 - c. Dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania,
 - d. Wynikach leczenia oraz rokowaniu,
 - e. Wszelkich okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi,
 - f. Skutkach i ryzyku związanym z odmową zgody na dane świadczenia.
6. W przypadku braku zrozumienia informacji przekazywanych mi (Pacjentowi) przez lekarza lub personel medyczny zobowiązuję się do złożenia lekarzowi prowadzącemu informacji o ww. braku zrozumienia na piśmie do wiadomości kierownika placówki tj. tego Zakładu Opieki Zdrowotnej.
7. Oświadczam, że moje ewentualne oczekiwania lub wnioski, do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego, zostanie złożony na piśmie.
8. Zostałem poinformowany o konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań po zabiegu, jak również lekarz zalecił mi sposób zachowania się po zabiegu oraz oświadczam, że została mi przekazana pisemna instrukcja: „Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu”.
9. Mając świadomość ewentualnych komplikacji nawet w razie niepowodzenia zabiegu i utraty implantu zobowiązuję się, że nie będę występować z roszczeniami o odszkodowanie ani zwrot kosztów z tytułu nie osiągnięcia oczekiwanych efektów, w stosunku do lekarza, który przeprowadził zabieg ani w stosunku do przychodni, w której przeprowadzono zabieg. Ww. nie zamyka prawa pacjenta do dochodzenia roszczeń z tytułu ewentualnych szkód osobowych lub rzeczowych na podstawie zwykłej (nierozszerzonej) odpowiedzialności cywilnej lekarza lub przychodni.
10. Zdając sobie sprawę, że mój stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia implantologicznego zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem(a)em wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane aktualne leki.
11. Wiem, że ostateczny wynik leczenia i jego trwałość w dużym stopniu uzależniony jest od postępowania pacjenta w okresie pooperacyjnym i później, a w szczególności od:
 - a) Nie palenie papierosów, które w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia, ponieważ palenie papierosów jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu implantologicznym;
 - b) Zgłaszania się do okresowych kontroli, tzn w pierwszym miesiącu po skończonym leczeniu, a następnie raz na pół roku, jest to niezbędnym wymogiem w procesie leczenia;
 - c) Rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymywania właściwej higieny jamy ustnej.

12. Zostałem poinformowany, że w drugim etapie leczenia po operacji, część protetyczną i chirurgiczną pozabiegową należy wykonać w gabinecie, w którym została wykonana implantacja. W innym przypadku gabinet, w którym została wykonana implantacja nie przejmuje odpowiedzialności za dalszy przebieg leczenia.
13. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu operacyjnego może zaistnieć potrzeba zmiany koncepcji zabiegu (poszerzenia lub zmniejszenia zakresu) i wyrażam zgodę na konieczną zmianę koncepcji zabiegu oraz w przypadku poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zgodnie z załączonym cennikiem.
14. Zostałem uprzedzony, że okres integracji implantów z kością wynosi 4-7 miesięcy. Na wypadek gdyby w tym czasie wystąpiła potrzeba ich usunięcia omówiono ze mną warunki oraz koszty ponownego założenia implantu.
15. Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej wymienionych świadczeń medycznych przez lekarza prowadzącego oraz każdego innego lekarza i personel medyczny (zgodnie z jego kwalifikacjami) tego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że pod pojęciem „ lekarze i personel medyczny tego Zakładu Opieki Zdrowotnej” rozumie się wszystkie osoby świadczące usługi zdrowotne w pomieszczeniach tego Zakładu Opieki Zdrowotnej za zgodą kierownika tej placówki, bez względu na formę zatrudnienia czy współpracy.
16. Wyrażam zgodę na obecność podczas udzielanych mi (Pacjentowi) świadczeń zdrowotnych stażystów lub innych lekarzy czy personelu dla potrzeby dydaktycznych pod warunkiem, że przebywają tam za zgodą kierownika placówki.
17. Oświadczam, że otrzymałem dostęp do informacji o prawach pacjenta – na tablicy informacyjnej.
18. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie dokumentacji o moim (Pacjenta) stanie zdrowia w pomieszczeniach tego Zakładu Opieki Zdrowotnej oraz na wgląd w ww. dokumentację dowolnych lekarzy i personelu medycznego tego Zakładu Opieki Zdrowotnej.
19. Oświadczam, że są mi znane i akceptuję warunki umieszczania / pozostawienia odzieży wierzchniej w poczekalni, która jest miejscem ogólnie dostępnym. Przyjąłem do wiadomości i akceptuję, że lekarze oraz personel Zakładu Opieki Zdrowotnej zajmują się i są skoncentrowani na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tym samym lekarze ani personel nie mogą zajmować się opieką nad odzieżą lub innymi przedmiotami pozostawionymi w poczekalni. W związku z powyższym:

- a) Zobowiązuję się do nie pozostawienia w poczekalni bez mojego nadzoru teczek, toreb, torebek, dokumentów, wartości pieniężnych, innych przedmiotów wartościowych, kart płatniczych, biżuterii, kluczyków do pojazdów ani kluczy do mieszkań lub innych podobnych przedmiotów.
- b) W przypadku potrzeby zabezpieczenia przed utratą ww. przedmiotów lub odzieży wierzchniej podczas udzielania mi (Pacjentowi) świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do poinformowania o ww. lekarza lub personel i powierzenia im ww. rzeczy na przechowanie w odrębnym niż poczekalnia pomieszczeniu lub zamkniętej szafie.
- c) Zrzekam się roszczeń do Zakładu Opieki Zdrowotnej w przypadku utraty odzieży lub innych przedmiotów wynikającej z nieprzestrzegania przeze mnie ww. zapisów.

Oświadczam, że ww. oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie z stanem faktycznym. Nie wnoszę zastrzeżeń ani uwag.

Świadom korzyści i ewentualnych komplikacji wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w ww. planowanym zakresie.

W załączeniu:

- 1) Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu;
- 2) Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją;

.....
czytelny podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych zawartych w „zgodzie pacjenta” na potrzeby przychodni (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. O ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami), do celów wykonania zabiegów medycznych, planowania, obsługi przyszłych i obecnych umów / świadczeń, z których korzystam lub będę korzystał w ww. gabinecie / zakładzie opieki zdrowotnej. Dane nie będą nikomu udostępniane z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji. Udzielającemu pełnomocnictwa przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawienia.

.....
czytelny podpis pacjenta

Wyrażenie zgody na wykorzystanie zdjęć lub innej dokumentacji medycznej do celów publikacji naukowych.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez lekarza prowadzącego zdjęć medycznych, RTG, opisów mojego przypadku do prac naukowych i szkolenia, prezentacji wykładów, publikacji naukowych pod warunkiem, że zdjęcia i opisy uniemożliwiają identyfikację Pacjenta.

.....

Data

.....

słownie” wyrażam zgodę”

.....

czytelny podpis pacjenta

Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu

W celu lepszego przebiegu procesu gojenia się po zabiegu, proszę o przestrzeganie następujących wskazówek:

- w dniu operacji i dwa dni po operacji nie palić i nie nadużywać alkoholu
- nie podejmować żadnego wysiłku fizycznego
- jeść i pić dopiero po upływie miejscowego znieczulenia
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie
- nie gryźć w okolicach implantu
- dbać o pozostałe zęby stosując ścisłą higienę jamy ustnej
- usta w okolicy rany tylko przepłukiwać, w czasie po zabiegu nie używać elektrycznej szczoteczki do zębów w okolicy rany, po jedzeniu przepłukiwać krótko jamę ustną zimną wodą lub płukanką zaleconą przez lekarza;
- nie dotykać okolic implantu palcami ani językiem;
- przy ewentualnych krwotokach skontaktować się natychmiast z lekarzem prowadzącym;
- w okolicy miejsca operacji, policzka i podbródka może wystąpić obrzęk, który po paru dniach zniknie, złagodzenie tych objawów można uzyskać stosując zimne okłady.

Po zabiegu implantacji zostają najczęściej natychmiastowe prowizorycznie zaopatrzone. Ostateczne zabezpieczenia następuje dopiero po upływie 16 do 28 tygodni po zabiegu. Przy implantach dwufazowych, które zaszyto, to znaczy, kiedy implant nie wystaje z błony śluzowej, implanty zostają zabezpieczone śrubami zablizniającymi zwykle po upływie 16 do 28 tygodni. Dopiero później następuje właściwa rekonstrukcja protetyczna.

Ważne jest, żeby implanty były równomiernie obciążone. W razie, gdyby pan/pani zauważył, że prowizoryczne zabezpieczenia implantów (korona, most tymczasowy) ruszają się (na skutek przedwczesnego kontaktu zębów), proszę natychmiast zgłosić się do lekarza dentysty na wizytę.

Gwarancja na implanty, korony i mosty na implantach, protezy na implantach

Jeśli zajdzie konieczność usunięcia wszczepu w pierwszym roku po implantacji to reimplantacja (założenie nowego implantu), następuje **bezpłatnie**.

W okresie późniejszym do 10 lat koszt reimplantacji wynosi 10-15% ceny implantu (implanty SPI, Bego, Strauman, Biomet 3i). W okresie późniejszym do 5 lat koszt reimplantacji wynosi 10-15% ceny implantu (implanty AB IMPLANT)

Gwarancja na korony i mosty na implantach wynosi 5 lat.

Gwarancja na protezy na implantach wynosi 1 rok.

.....
Czytelny podpis pacjenta

Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją

Droga pacjentko, drogi pacjencie,

Badanie wykazało, że poprzez implantację jednego lub więcej sztucznych korzeni zęba (implantów), pan/pani zdolność do żucia pokarmów może zostać odtworzona lub poprawiona. Implantacja wszczepów może być także rozważana ze względów estetycznych. Implantowane wszczepy po ostointegracji (zrośnięcia z kością) posłużą do umocnienia koron, mostów lub protez.

Implanty, które wykonane są z tytanu, mogą funkcjonować dziesięć i więcej lat. Nie można jednak tak dalece udzielić gwarancji. Przewidziany dla Pani/Pana najkorzystniejszy typ implantu zostanie wybrany po wykonaniu odpowiednich pomiarów i badań szczęk.

Przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego, rzadziej pod narkozą ogólną, otwiera się dziąsło w okolicy implantacji, aby odsłonić kość. Przy pomocy wiertła tworzy się łożo, w które zostanie osadzony implant. Implant może zostać wszczepiony bezpośrednio w miejsce po utraconym zębie. Na koniec dziąsło zostanie zszyte.

Czasami okazuje się podczas operacji, że implantacja nie jest możliwa. Zabieg zostaje wtedy przerwany, a rana zamknięta za pomocą szwów.

W normalnym przypadku wgojenie implantu trwa 4 do 7 miesięcy. W tym czasie nie można obciążać implantu, ani żuć w tym miejscu, aby proces wgajania się nie został zagrożony. Po wgojeniu się implantu konieczna może się okazać plastyka dziąsła nad implantem w celu wykonania pracy implantoprotetycznej. Przy korzystnych warunkach anatomicznych, zgryzowych i z zachowaniem odpowiedniego protokołu postępowania można wprowadzać implanty natychmiastowe i obciążać je natychmiastowo.

Żaden lekarz nie może zagwarantować sukcesu swojego leczenia ani wykluczyć wystąpienia ryzyka. Ogólne zagrożenie przy tego rodzaju zabiegach operacyjnych, jak na przykład infekcje, występują rzadko. Dzięki postępowi w medycynie możemy z góry temu przeciwdziałać. Po zabiegu mogą przejściowo wystąpić obrzęki policzka lub warg. Bóle pooperacyjne występują rzadko.

Czasami należy otworzyć jamę zatoki szczękowej, która znajduje się w pobliżu okolicy implantacji. Najczęściej implant przyjmuje się bez szkodliwych następstw. Bardzo rzadko dochodzi do zapalenia jamy nosowej lub jamy zatoki szczękowej, która wymaga leczenia.

W obrębie zębów trzonowych żuchwy może w rzadkich przypadkach zostać uszkodzony nerw zębodołowy dolny. Bardzo rzadko może dojść do trwałych zaburzeń czucia w obrębie wargi dolnej (drętwienie). Nie występuje jednak upośledzenie ruchomości warg.

W pojedynczych przypadkach implanty nie przyjmują się. Występują ich nadmierna ruchomość w okresie wgajania się i muszą zostać usunięte lub też implantacje przeprowadza się powtórnie.

W przypadku niekorzystnej linii uśmiechu (uwidacznianie dziąseł w czasie uśmiechu) występuje większe ryzyko niekorzystnego efektu estetycznego. W niektórych przypadkach niemożliwe jest idealne odbudowanie dziąseł przy koronach na implantach – zwłaszcza przy zanikach kości i dziąseł.

Proszę w dniu zabiegu implantacji i w ciągu dwóch kolejnych dni:

- nie palić
- nie pić alkoholu
- nie wykonywać żadnego wysiłku fizycznego
- ograniczyć mówienie
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie
- po jedzeniu przepłukać krótko jamę ustną zimną wodą lub zaleconą przez lekarza płukanką

Zastrzyki podane w celu uzyskania znieczulenia miejscowego mogą osłabić pana (pani) zdolność reakcji w ruchu ulicznym. Jeśli lekarz nie zlecił inaczej, w ciągu 2-6 godzin po zastrzyku nie powinien pan (pani) zasiadać za kierownicą ani jeździć rowerem. W czasie 4 tygodni po implantacji proszę nie uprawiać sportu wyczynowego oraz unikać ekstremalnych obciążeń klimatycznych (jazda na nartach, podróż w tropiki).

Proszę natychmiast zgłosić się na wizytę jeśli wystąpią niecodzienne odczucia w miejscu implantacji.

Decydujący wpływ na sukces leczenia ma higiena jamy ustnej. Tylko w przypadku, gdy jesteście państwo gotowi po każdym posiłku dokładnie czyścić zęby i okolice implantu, sukces powodzenia implantacji może być zapewniony. Nigdy nie należy zaniechać w przyszłości zabiegów higienicznych.

Oświadczam, że lekarz przeprowadził dzisiaj ze mną rozmowę objaśniającą na podstawie wskazówek zawartych w powyższej informacji, podczas której mogłem/Am otrzymać odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie zagadnienia. Nie mam żadnych dalszych pytań i nie potrzebuję dodatkowego czasu do namysłu.

Niniejszym zgadzam się na proponowany zabieg.

.....
Czytelny podpis pacjenta