

ZGODA NA ZABIEG IMPLANTACYJNY

Ja, niżej podpisany, ur.
wyrażam zgodę na zabieg implantacyjny u mnie (lub u mojego syna/mojej córki/ innej osoby, której jestem przedstawicielem prawnym, tj., ur.

Treść informacji

1. Zostałem(łam) poinformowany(a) o istocie i technice zabiegów implantacyjnych. Wszystkie aspekty leczenia oraz ewentualne wątpliwości po uprzednim zapytaniu zostały mi wyjaśnione przez lekarza w sposób przystępny i zrozumiały.
2. Na podstawie udzielonych przez lekarza informacji oraz po dokładnym omówieniu wszystkich możliwych sposobów leczenia i związanego z nim ryzyka medycznego, w tym możliwych powikłań, wyjaśniono mi również, iż postępowanie to nie zawsze gwarantuje stałe utrzymanie implantów, bowiem w niewielkim procencie przypadków i w różnym czasie może dojść do ich utraty. W przypadku niepowodzenia implant powinien zostać usunięty. Czas usunięcia ustalił lekarz.
3. Poinformowano mnie także o innych alternatywnych metodach leczniczych, jakie mogą być zastosowane.
4. Wyjaśniono mi ryzyko związane z zabiegiem implantacyjnym. Jestem świadomy, że mogą wystąpić powikłania, jak przy każdym zabiegu chirurgicznym, przy każdym znieczuleniu miejscowym lub przy dodatkowym podawaniu leków (w szczególności obrzęki, bóle, infekcje, zaburzenia czucia, alergiczne reakcje na leki lub środki miejscowo znieczulające).
5. Decyzję wyboru systemu implantologicznego pozostawiam zespołowi lekarskiemu. Jestem świadomy, że dopiero podczas zabiegu może okazać się konieczne poszerzenie jego zakresu lub zmiana zaplanowanych etapów, co może wiązać się z dodatkowymi kosztami, które zostaną przeze mnie pokryte po przedstawieniu dodatkowego wykazu kosztów leczenia.
6. Poinformowano mnie, że warunkiem powodzenia implantacji jest utrzymanie prawidłowej higieny jamy ustnej i przestrzeganie regularnych badań kontrolnych przynajmniej raz w roku.
7. Poinformowano mnie także o postępowaniu po zabiegu operacyjnym.
8. Ujawniłem(łam) ponadto, wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia związanych z wykonywanym leczeniem zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że wyżej wskazane dane są danymi poufnymi, objęte są tajemnicą lekarską i nie będą przekazywane osobom trzecim nieuczestniczącym w należyтым przeprowadzeniu leczenia.
9. Zgadzam się na wykonanie zdjęć **RTG i** fotografii podczas zabiegu chirurgicznego i w trakcie dalszych badań.
10. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie leczenia. Poinformowano mnie także, że mogę odwołać zgodę na leczenie.
11. Rozumiem, że leczenie implantoprotetyczne nie jest objęte ubezpieczeniem zdrowotnym i jako takie nie jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Koszt w całości pokrywa pacjent.
12. Decyduję się na leczenie przedstawione w załączonym planie leczenia i wg wykazu szacunkowych kosztów leczenia. Zrozumiałem, iż zakres leczenia może różnić się od uprzednio zaplanowanego, jeżeli podczas leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty planu leczenia i sporządzenie dodatkowego wykazu kosztów leczenia.
13. Jestem w pełni świadomy faktu, iż nie sposób przewidzieć czy w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu może wystąpić ból; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający.
14. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie innych zabiegów medycznych, które mogą okazać się niezbędne do wykonania leczenia protetycznego. O potrzebie przeprowadzenia innych zabiegów każdorazowo informuje mnie lekarz.

.....
miejsowość, data

.....
podpis pacjenta