

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. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej w tutejszej poradni.

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. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.
4. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
 - zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
 - zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
 - konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
 - konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
 - wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. o kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ)

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.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

.....
Czytelny podpis pacjenta
(opiekuna prawnego)