

Zgoda na leczenie chirurgiczne

Ja,

nr 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 poz857 z późniejszymi zmianami) oraz art 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej w Gdańskiej Klinice Implantologii Sp. Z o.o.

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 oraz 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 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 usunięcia szwów chirurgicznych
 - wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
 - 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 na każdym jego etapie biorąc odpowiedzialność za ewentualne powikłania związane z rezygnacją z kontynuacji podjętego leczenia. .

Gdańsk

Podpis pacjenta

Ul. Subisława 19,
80-354 Gdańsk-Żabianka

www.frankowski.pl
implanty@frankowski.pl