ZGODA PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA EKSTRAKCJĘ/usunięcie zęba/

Imię i nazwisko pacjenta .....

Nr PESEL.....

Rodzaj planowanego leczenia chirurgicznego:

_____

Zgodnie z art.32 -35 ustawy z 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 2008r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U.2009 r. Nr 52 poz.417 z późn.zm) wyrażam zgodę na wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego przez *lek. dent.* ……..
w *Ośrodku Implantologiczno-Stomatologicznym*.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z wywiadem epidemiologicznym. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zowbowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomosci, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwych powikłaniach podczas ekstrakcji zęba:

- Złamanie korony sąsiedniego zęba, uszkodzenie uzupełnienia protetycznego, uszkodzenie wypełnienie zęba, uszkodzenie implantu, uszkodzenie zęba przeciwstawnego;
- Przypadkowe zwichnięcie, nadwichnięcie lub usunięcie zęba sąsiedniego, uszkodzenie zawiązku zęba stałego;
- Zranienie okolicznych tkanek miękkich;

- Złamanie wyrostka zębodołowego, odłamanie guza szczęki, złamanie żuchwy;
- Złamanie narzędzia chirurgicznego w obrębie tkanek;
- Przemieszczenie stawu skroniowo-żuchwowego;
- Podskórna lub podśluzówkowa odma powietrzna;
- Wzmożone krwawienie, połknięcie zęba, zaaspirowanie zęba do dróg oddechowych;
- Przemieszczenie korzenia zęba lub jego fragmentu do tkanek miękkich;
- Przemieszczenie korzenia zęba, fragmentu korzenia zęba lub zęba zatrzymanego do zatoki szczękowej;
- Połączenie ustno-zatokowe;
- Porażenie nerwów, uszkodzenie mechaniczne nerwu, przerwanie nerwu;

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, ekstrakcja jest podejmowana w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

W świetle uzyskanych informacji jw. Wyrażam świadomą zgodę na zaproponowane leczenie.

.....	.....	.....
Data	Podpis i pieczątka lekarza	czytelny podpis pacjenta/opiekuna

Specjalistyczna Klinika Implantologiczno-Stomatologiczna
Dr hab. n. med. Piotr Majewski

ul. Miłkowskiego 3/701, 30-349 Kraków
(bud. COLOSSEUM 7 piętro)

tel./faks: +48 12 263 65 23
tel. kom: +48 600 316 216

e-mail: biuro@klinikaimplantologii.pl
www.klinikaimplantologii.pl