

## **ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNO – IMPLANTOLOGICZNE**

.....  
Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL

Zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. Z 2011 r. nr 277 poz. 1634 z późniejszymi zmianami) oraz ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) WYRAŻAM ZGODĘ na leczenie chirurgiczno – implantologiczne przez lek. med. Michała Drozdowskiego w placówce medycznej Przychodnia Drozdowski.

Poniższa zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjenta/pacjentki o zabiegu wykonanym w placówce medycznej Przychodnia Drozdowski, ryzyku zabiegu oraz innych, alternatywnych metodach leczenia.

*Bardzo ważne jest, aby Pan/Pani przeczytała te informacje dokładnie i do końca. Proszę podpisać każdą stronę, aby potwierdzić zapoznanie się z całym dokumentem.*

ZOSTAŁEM(AM) POINFORMOWANY(A):

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony(-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg będzie wykonywany w znieczuleniu miejscowym
2. o tym, że ostateczną decyzję o wszczepieniu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, po odsłonięciu kości wyrostka zębodołowego. Kość może mieć niekorzystną budowę dla wszczepienia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badań rtg i CT.
3. O ryzyku i możliwości wystąpienia (w trakcie lub po zabiegu) obrzęku i krwawienia oraz powikłań takich jak: stany zapale, utrudnione gojenie się rany operacyjnej i w konsekwencji odsłonięcie wszczepu śródkostnego. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek wokół implantu, w szczególności do stany zapalnego gości i w konsekwencji konieczności usunięcia implantu
4. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego
5. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
  - a) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 10 dni po zabiegu
  - b) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku i innych leków
  - c) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
  - d) konieczności usunięcia szwów chirurgicznych
  - e) wizytach kontrolnych, na które pacjent musie się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
  - f) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
6. o kosztach leczenia, które zostały szczegółowo opisane i omówione w planie leczenia i które akceptuję.

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.

### Zrzeczenie

Świadoma zgoda na zabieg jest stosowana, aby poinformować pacjenta o proponowanym leczeniu i obejmuje przedstawienie czynników ryzyka i alternatywnych metod leczenia. Ten dokument jest oparty na naukowej literaturze i klinicznej praktyce. Jednakże dokument ten nie uwzględnia wszystkich metod ani ryzyka z nimi związanego. Zgoda ta jest odbiciem stanu wiedzy aktualnej jedynie w czasie publikacji.

Oświadczam, że lek. med. Michał Drozdowski przeprowadził ze mną w dniu .....rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pozabiegowego. Podczas rozmowy miałem(-am) możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu, komplikacji, jakie mogą wystąpić podczas zabiegu, opieki pozabiegowej, ryzyka związanego z planowanym zabiegiem. INFORMACJE ZOSTAŁY MI PRZEKAZANE W SPOSÓB ZROZUMIAŁY I WYCZERPUJĄCY. Otrzymałem(-am) również zalecenia pozabiegowe.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących stanu mojego 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.

Jestem świadomy(-a), że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfikacji planowanego zabiegu. Jestem również świadomy(-a), że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku.

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody, a wykonaniem zabiegu był w zupełności wystarczający, abym mógł(mogła) w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Jestem świadomy(-a), że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie się ściśle pokrywał z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

.....  
Data, podpis, pieczętka lekarza

.....  
Czytelny podpis pacjenta