

## **ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE**

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (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. 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, porażenie nerwu językowego, porażenie nerwu zębodołowego dolnego, złamanie żuchwy;
3. 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;
4. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany;
5. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
  - a) konieczności zagryzania opatrunku naciskowego co najmniej 20 min.,
  - b) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego,
  - c) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu,
  - d) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu,
  - e) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku,
  - f) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem,
  - g) konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
  - h) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach,
  - i) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej;
6. 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.