

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE**

Imię i nazwisko pacjenta .....

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 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.
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań ( w trakcie lub po zabiegu), w szczególności: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej.
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) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
  - b) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
  - c) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
  - d) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
  - e) konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
  - f) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
  - g) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
6. o kosztach leczenia, 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.

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

.....  
Podpis i pieczętka lekarza dentysty

Lublin, dnia.....

Załącznik 1

Ankieta dotycząca stanu zdrowia

**Prosimy udzielić odpowiedzi na następujące pytania:**

1. Czy Pani / Pan choruje?                    TAK                     NIE

Jeśli **TAK**, proszę wymienić na co: .....

2. Czy ma Pani / Pan alergie (np. katar sienny, uczulenie na określone artykuły spożywcze np. owoce, lekarstwa, plastry, miejscowe środki znieczulające, metale)?                    TAK                     NIE

Jeśli **TAK**, proszę wymienić na co: .....

3. Jak znosiła Pani / Pan dotychczas zastrzyki znieczulające przy usuwaniu zębów albo w trakcie innych leczniczych zabiegów dentystycznych?  
.....

4. Czy istnieje zwiększona tendencja do krwawień nawet przy małych zranieniach albo po usunięciu zęba?  
TAK                     NIE

Jeżeli **TAK**, to proszę podać informacje czy krwawienie ustępuje samoistnie i po jakim czasie oraz czy wymaga podania leków (jakich): .....

5. Czy przyjmuje Pani / Pan lekarstwa stale / często?                    TAK                     NIE

Jeżeli **TAK**, jakie i jak często: .....

.....

Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)