



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA IMPLANTACJĘ WSZCZEPÓW STOMATOLOGICZNYCH

Pacjent:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL:.....

Tel.....

Dane lekarza prowadzącego:

lek.stom. Piotr Jaszcz

Rekomendowany zakres zabiegu:

Rekomendowane miejsce implantacji (ilość implantów):

.....
.....

Elementy kosmetyczne w strefie estetycznej

.....
.....

Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta zakres zabiegu:

Przewidywany typ implantu:.....

Przewidywane miejsce implantacji:.....

Dodatkowe ustalenia:.....

Protetyka.....

.....
.....

czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela
prawnego

.....

podpis lekarza prowadzącego - przyjmującego oświadczenie Pacjenta

Oświadczenie Pacjenta

Oświadczam, co następuje:

- ❖ Zgodnie z art. 31 – 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. 15 -19 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 wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego w **Specjalistycznym Centrum Stomatologicznym DENS.**
- ❖ W dniu została przeprowadzona rozmowa informacyjna pomiędzy wyżej wymienionym Pacjentem (w razie potrzeby z jego prawnym przedstawicielem) nt. implantacji wszczepów względnie

materiałów kośćcozastępczych. Omówione zostały przy tym różne systemy implantologiczne pod względem przydatności w danym indywidualnym przypadku.

- ❖ Za pomocą materiałów informacyjnych, zdjęć rentgenowskich i możliwych koncepcji leczenia, został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.
- ❖ Po omówieniu innych, konwencjonalnych metod leczenia w postaci rozwiązań protetycznych i po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuje decyzje o poddaniu się zabiegowi.
- ❖ Objaśniono mi przypadki, w których komplikacje doprowadziły do utraty implantu. Przyjmuję do wiadomości, że lekarz ani placówka nie może gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników w tym cech osobniczych Pacjenta, stanu zdrowia Pacjenta, przebytych chorób oraz postępowania Pacjenta po zabiegu. Wyjaśniono mi, że zaproponowane leczenie jest od wielu lat z powodzeniem praktykowane, aczkolwiek metoda ta nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantów. Nie jest możliwe ustalenie za pomocą metod współczesnej diagnostyki potencjalnych zdolności gojenia tkanki kostnej i dziąsłowej. W niewielkim odsetku przypadków z różnych przyczyn, może dojść do ich stopniowej utraty.
- ❖ Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem pouczone o:
 - a. Moim stanie zdrowia i rozpoznaniu,
 - b. Proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych,
 - c. Dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania,
 - d. Wynikach leczenia oraz rokowaniu,
 - e. Wszelkich okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi,
 - f. Skutkach i ryzyku związanym z odmowa zgody na dane świadczenia.
- ❖ W przypadku braku zrozumienia informacji przekazywanych mi (Pacjentowi) przez lekarza lub personel medyczny zobowiązuje się do złożenia lekarzowi prowadzącemu informacji o ww. braku zrozumienia na piśmie do wiadomości kierownika
- ❖ Oświadczam, że moje ewentualne oczekiwania lub wnioski, do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego, zostanie złożony na piśmie.
- ❖ Zostałem poinformowany o konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań po zabiegu, jak również lekarz zalecił mi sposób zachowania się po zabiegu oraz oświadczam, że została mi przekazana pisemna instrukcja: „Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu”.
- ❖ Mając świadomość ewentualnych komplikacji nawet w razie niepowodzenia zabiegu i utraty implantu zobowiązuję się że nie będę występować z roszczeniem o odszkodowanie ani zwrot kosztów z tytułu nieosiągnięcia oczekiwanych efektów, w stosunku do lekarza, który przeprowadził zabieg ani w stosunku do podmiotu leczniczego, w której przeprowadzono zabieg. Ww. nie zamyka prawa Pacjenta do dochodzenia roszczeń z tytułu ewentualnych szkód osobowych lub rzeczowych na podstawie zwykłej (nierozszerzonej) odpowiedzialności cywilnej lekarza.
- ❖ Zdając sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia implantologicznego zapewniam, że w mojej historii choroby ujawni(a)em wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane aktualnie leki.
- ❖ Wiem, że ostateczny wynik leczenia i jego trwałość w dużym stopniu uzależniony jest od postępowania Pacjenta w okresie pooperacyjnym i później, a w szczególności od:
 - a. Nie palenia papierosów, które w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia, ponieważ palenie papierosów jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu implantoprotetycznym;
 - b. Zgłaszania się do okresowych kontroli, tzn. w pierwszym miesiącu po skończonym leczeniu a następnie raz na pół roku, jest to niezbędnym wymogiem w procesie leczenia;
 - c. Rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.
- ❖ Zostałem poinformowany, że w drugim etapie leczenia po operacji, część protetyczną i chirurgiczną po zabiegową należy wykonać w podmiocie leczniczym, w którym została wykonana implantacja. W innym przypadku podmiot leczniczy, w którym została wykonana implantacja nie przejmuje odpowiedzialności za dalszy przebieg leczenia.
- ❖ Zostałem uprzedzony, że okres integracji implantów z kością wynosi 4-7 miesięcy. Na wypadek gdyby w tym czasie wystąpiła potrzeba ich usunięcia omówiono ze mną warunki ponownego założenia implantu.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej wymienionych świadczeń medycznych przez lekarza prowadzącego oraz każdego innego lekarza i personel medyczny (zgodnie z jego kwalifikacjami) tego podmiotu leczniczego. Przyjmuje do wiadomości i akceptuje, że pod pojęciem „lekarze i personel medyczny tego podmiotu leczniczego” rozumie się wszystkie osoby świadczące usługi zdrowotne,

posiadające specjalizację w zakresie chirurgii stomatologicznej lub szczękowo-twarzowej w pomieszczeniach tego podmiotu leczniczego j za zgoda kierownika tej placówki, bez względu na formę zatrudnienia czy współpracy.

- ❖ Wyrażam zgodę na obecność podczas udzielanych mi (Pacjentowi) świadczeń zdrowotnych stażystów lub innych lekarzy czy personelu dla potrzeby dydaktycznych pod warunkiem, że przebywają tam za zgodą kierownika placówki.
- ❖ Oświadczam, że otrzymałem dostęp do informacji o prawach Pacjenta
- ❖ Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie dokumentacji o moim (Pacjenta) stanie zdrowia w pomieszczeniach tego podmiotu leczniczego oraz na wgląd w ww. dokumentacje dowolnych lekarzy i personelu medycznego tego podmiotu leczniczego.
- ❖ **Akceptuję plan leczenia wraz z wyceną**, która stanowi załącznik do niniejszej zgody i nie zawiera kosztów leków
- ❖ Oświadczam, że są mi znane i akceptuję warunki umieszczania / pozostawiania odzieży wierzchniej w poczekalni, która jest miejscem ogólnie dostępnym. Przyjąłem do wiadomości i akceptuję, że lekarze oraz personel podmiotu leczniczego zajmują się i są skoncentrowani na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tym samym lekarze ani personel nie mogą zajmować się opieką nad odzieżą lub innymi przedmiotami pozostawionymi w poczekalni.
- ❖ W związku z powyższym:

a. Zobowiązuję się do nie pozostawiania w poczekalni bez mojego nadzoru teczek, toreb, torebek, dokumentów, wartości pieniężnych, innych przedmiotów wartościowych, kart płatniczych, biżuterii, kluczyków do pojazdów ani kluczy do mieszkań lub innych podobnych przedmiotów.

b. W przypadku potrzeby zabezpieczenia przed utratą ww. przedmiotów lub odzieży wierzchniej, podczas udzielania mi (Pacjentowi) świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do poinformowania o ww. lekarza lub personel i powierzenia im ww. rzeczy na przechowanie w odrębnym niż poczekalnia pomieszczeniu lub zamkniętej szafie.

c. Zrzekam się roszczeń do podmiotu leczniczego w przypadku utraty odzieży lub innych przedmiotów wynikającej z nieprzestrzegania przeze mnie ww. zapisów.

Oświadczam, że ww. oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie z stanem faktycznym. Nie wnoszę zastrzeżeń ani uwag. Świadom korzyści i ewentualnych komplikacji wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w ww. planowanym zakresie.

W załączeniu:

- 1) Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu;
- 2) Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją;
- 3) Umowa na wykonanie implantacji wszczepów stomatologicznych;
- 4) Cennik.

.....
czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych zawartych w „zgodzie Pacjenta” oraz danych o stanie zdrowia, zdjęć i dokumentacji medycznej (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami), do celów wykonania zabiegów medycznych, planowania, obsługi przyszłych i obecnych umów / świadczeń, z których korzystam lub będę korzystał w ww. podmiocie leczniczym. Dane nie będą nikomu udostępniane z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji. Udzielającemu pełnomocnictwa przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

.....
czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

.....
podpis lekarza prowadzącego - przyjmującego oświadczenie Pacjenta

Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu

W celu lepszego przebiegu procesu gojenia się po zabiegu, proszę o przestrzeganie następujących wskazówek:

- w dniu operacji i dwa dni po operacji nie palić i nie nadużywać alkoholu
- nie podejmować żadnego wysiłku fizycznego
- jeść i pic dopiero po upływie miejscowego znieczulenia
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie;
- nie gryźć w okolicach implantu;
- dbać o pozostałe zęby stosując ścisłą higienę jamy ustnej
- usta w okolicy rany tylko przepłukiwać; w czasie po zabiegu nie używać elektrycznej szczoteczki do zębów w okolicy rany; po jedzeniu przepłukać krótko jamę ustną zimną wodą lub płukanka zalecona przez lekarza;
- nie dotykać okolic implantu palcami ani językiem;
- przy ewentualnych krwotokach skontaktować się natychmiast lekarzem prowadzącym;
- w okolicy miejsca operacji, policzka i podbródka może wystąpić obrzęk, który po paru dniach zniknie, złagodzenie tych objawów można uzyskać stosując zimne okłady

Po zabiegu implanty zostają najczęściej natychmiast prowizorycznie zaopatrzone. Ostateczne zabezpieczenie następuje dopiero po upływie 16 do 28 tygodni po zabiegu. Przy implantach dwufazowych, które zaszyto, to znaczy, kiedy implant nie wystaje z błony śluzowej, implanty zostaną zabezpieczone śrubami zblźniającymi zwykle po upływie 16 do 28 tygodni. Dopiero później następuje właściwa rekonstrukcja protetyczna.

Ważne jest, żeby implanty były równomiernie obciążone. W razie gdyby Pan / Pani zauważył, że prowizoryczne zabezpieczenia implantów (korona, most tymczasowy) ruszają się (na skutek przedwczesnego kontaktu zębów), proszę natychmiast zgłosić się do lekarza prowadzącego na wizytę.

Lekarz prowadzący

.....

Podpis lekarza

Potwierdzam odbiór informacji

.....

czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją

Droga Pacjentko, drogi Pacjencie,

Badanie wykazało, że poprzez implantację jednego lub więcej sztucznych korzeni zęba (implantów), Pana/Pani zdolność do żucia pokarmów może zostać odtworzona lub poprawiona. Implantacja wszczepów może być także rozważana ze względów estetycznych. Implantowane wszczepy po osteointegracji (zrośnięcia się z kością) posłużą do umocowania koron, mostów lub protez. Implanty, które wykonane są z tytanu, mogą funkcjonować dziesięć i więcej lat. Nie można jednak tak dalece udzielić gwarancji. Przewidziany dla Pana/Pani najkorzystniejszy typ implantu zostanie wybrany po wykonaniu odpowiednich pomiarów i badań szczęk.

Przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego, rzadziej pod narkozą ogólną, otwiera się dziąsło w okolicy implantacji, aby odsłonić kość. Przy pomocy wiertła tworzy się łożę, w której zostanie osadzony implant. Implant może zostać wszczepiony bezpośrednio w miejsce po utraconym zębie. Na koniec dziąsło zostanie zaszyte.

Czasami okazuje się podczas operacji, że implantacja nie jest możliwa. Zabieg zostaje wtedy przerwany, a rana zamknięta za pomocą szwów. W normalnym przypadku gojenie implantu trwa 4 do 7 miesięcy. W tym czasie nie można obciążać implantu, ani żuć w tym miejscu, aby proces wgajania się nie został zagrożony. Po wygojeniu się implantu konieczna może się okazać plastyka dziąsła nad implantem w celu wykonania pracy implantoprotetycznej. Przy korzystnych warunkach anatomicznych, zgryzowych i z zachowaniem odpowiedniego protokołu postępowania można wprowadzać implanty natychmiastowe i obciążać je natychmiastowo. Żaden lekarz nie może zagwarantować sukcesu swojego leczenia ani wykluczyć wystąpienia ryzyka. Ogólne zagrożenia przy tego rodzaju zabiegach operacyjnych, jak na przykład infekcje, występują rzadko. Dzięki postępowi w

medycynie możemy z góry temu przeciwdziałać. Po zabiegu mogą przejściowo wystąpić obrzęki policzka lub warg. Bóle pooperacyjne występują rzadko. Czasami należy otworzyć jamę zatoki szczękowej, która znajduje się w pobliżu okolicy implantacji /szczęka/. Najczęściej implant przyjmuje się bez szkodliwych następstw. Bardzo rzadko dochodzi do zapalenia jamy nosowej lub jamy zatoki szczękowej, które wymaga leczenia. W obrębie zębów trzonowych żuchwy może w rzadkich przypadkach zostać uszkodzony nerw zębodołowy dolny. Bardzo rzadko może dojść do trwałych zaburzeń czucia w obrębie wargi dolnej (drętwienie). Nie występuje jednak upośledzenie ruchomości warg. W pojedynczych przypadkach implanty nie przyjmują się. Występuje ich nadmierna ruchomość w okresie gojenia i muszą zostać usunięte lub też implantacje przeprowadza się powtórnie.

Prosimy wypełnić ankietę zgodnie ze stanem faktycznym i zaznaczyć poprzez zakreślenie lub otoczenie właściwej odpowiedzi:

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK / NIE

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?..... TAK / NIE
Jeśli tak to, na co:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe)..... TAK / NIE
Jeśli tak to jakie:

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?.....TAK / NIE
Jeśli tak to, na co:

Czy występują u Pana(i):

duszność.....TAK / NIE

pokrzywka.....TAK / NIE

obrzęki.....TAK / NIE

swędzenie.....TAK / NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień?.....TAK / NIE

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?.....TAK / NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?.....TAK / NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego).....TAK / NIE

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności).....TAK / NIE

choroby naczyń krwionośnych (żyłaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu).....TAK / NIE

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli).....TAK / NIE

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit).....TAK / NIE

choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby).....TAK / NIE

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu).....TAK / NIE

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa).....TAK / NIE

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne).....TAK / NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia).....TAK / NIE

choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach).....TAK / NIE

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba).....TAK / NIE

choroby oczu (jaskra).....TAK / NIE

choroby zakaźne.....TAK / NIE

żółtaczką zakaźną A.....TAK / NIE

żółtaczką zakaźną B.....TAK / NIE

żółtaczką zakaźną C.....TAK / NIE

AIDS.....TAK / NIE

gruźlica.....TAK / NIE

ch. weneryczne.....TAK / NIE

choroba reumatyczna.....TAK / NIE

osteoporoza.....TAK / NIE

Czy był(a) Pan(ani) już kiedyś operowany(a).....TAK / NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie?.....TAK / NIE

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew.....TAK / NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy pali Pan(i) tytoń?.....TAK / NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Czy zażywa Pan(l) środki uspokajające, nasenne, narkotyki?.....TAK / NIE

Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży?.....TAK / NIE

Oświadczam, że lekarz przeprowadził dzisiaj ze mną rozmowę objaśniającą na podstawie wskazówek zawartych w powyższej informacji, podczas której mogłem/am otrzymać odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie zagadnienia. Nie mam żadnych dalszych pytań i nie potrzebuje dodatkowego czasu do namysłu. Niniejszym zgadzam się na proponowany zabieg.

Rodzaj zgody (znaczyć odpowiednią znakami „X” i złożyć czytelny podpis osób upoważnionych przy odpowiednim rodzaju zgody)

Zgoda Własna Pacjenta

Zgoda wyrażona przez samego Pacjenta we własnym imieniu

.....

Podpis

Zgoda Zastępcza

Zgoda udzielona w przypadku, kiedy Pacjent jest małoletni (do 16 roku życia) lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody (osoba ubezwłasnowolniona) i nie może samodzielnie decydować o swoim leczeniu. W takim wypadku zgoda może być wyrażone wyłącznie przez przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy.

.....

Podpis

Zgoda Równoległa

Zgoda udzielona równoległe przez Pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy w przypadku, gdy Pacjent:

- ma ukończone 16 lat, lub
- jest ubezwłasnowolniony, ale zdolny jest z rozeznaniem wypowiedzieć się w sprawie udzielania mu świadczenia zdrowotnego.

.....

Podpis

Dane rodzica, opiekuna/kuratora* w przypadku Zgody Zastępczej lub Równoległej:

Imię i nazwisko.....

Adres:.....

PESEL.....

Tel.....

Związek z Pacjentem

.....
.....

Uwaga: W punkcie „Związek z Pacjentem” prosimy podać podstawę sprawowania opieki oraz okazać i wpisać nazwę numery i nazwę właściwych dokumentów:

- 1) W przypadku gdy Rodzic Pacjenta - dokumenty tożsamości Pacjenta (dziecka) i rodzica
- 2) W przypadku opiekuna / kuratora - dokumenty tożsamości Pacjenta i opiekuna / kuratora oraz wyrok ustanawiający opiekę / kuratele.

Oświadczenie rodzica / opiekuna / kuratora *.

Oświadczam, że nie zostały mi odebrane ani ograniczone prawa rodzicielskie* prawa do sprawowania opieki* prawa do sprawowania kurateli* w odniesieniu do: (wpisać imię i nazwisko Pacjenta

.....

Podpis rodzica/opiekuna/kuratora

***niepotrzebne skreślić**