



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE - REGENERACJA I/LUB PRZESZCZEP KOŚCI

Imię i nazwisko pacjenta.....

Numer PESEL.....

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Chcąc mieć pewność, że pacjent zapoznał się ze szczegółami świadczenia zdrowotnego wykonywanego w naszym gabinecie, uprzejmie prosimy, by każda strona niniejszej zgody została czytelnie podpisana.

Prosimy także o staranne i przemyślane wypełnienie danych dotyczących stanu zdrowia, zażywanych leków oraz ewentualnych przeciwwskazań do wykonania zabiegu i/lub znieczulenia.

Opis planowanego zabiegu (wypełnia lekarz):

.....
.....
.....

Regeneracji kości i/ lub przeszczep kości

Zabieg ten wykonuje się, gdy potrzebny jest dodatkowo materiał kostny, a mamy do dyspozycji kość własną pacjenta – pochodzenia autogennego (autoprzeszczepu) lub specjalne biomateriały.

Przeszczep kości to zabieg chirurgiczny, który uzupełnia brakującą kość specjalnym materiałem, aby utrzymać wyrostek zębodołowy. Materiał kościotwórczy nie tylko uzupełnia brakującą kość, ale również pomaga organizmowi odbudować kość utraconą.

Nowo rosnąca kość wzmacnia kość przeszczepioną przez połączenie się z nią.

Sterowana regeneracja kości jest zabiegiem, w którym cienka membrana jest położona nad przeszczepem.

Membrana powiększa rozwój nowej tkanki kostnej, przyspiesza gojenie i zapobiega formacji tkanki bliznowatej w miejscu przeszczepu.

Zabiegi przeszczepu kości oraz sterowanej regeneracji kości stosowane są w przypadku niewystarczającej ilości tkanki kostnej w jamie ustnej. Na zanik kości w szczęce często mówimy „ubytek kostny”.

Wskazania do zabiegu to m.in.:

- ubytek kostny wokół korzeni zębowych (spowodowany przez choroby przyzębia);
- ubytek kostny po ekstrakcji zęba;
- ubytek kostny po urazie;
- ubytek kostny po długoterminowym braku zębów;
- ubytek kostny przed wszczępieniem implantu;
- ubytek kostny po usunięciu torbieli lub guza;

Możliwe powikłania w trakcie i/lub po zabiegu:

obrzęk, krwawienie, zasinienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany, nadmierne lub przedłużające się krwawienie, uszkodzenie zębów sąsiednich w trakcie zabiegu, reakcja uczuleniowa na środki znieczulające, perforację dna zatoki, uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego, które może powodować dolegliwości bólowe lub zaburzenie czucia w obrębie wargi dolnej, niekiedy bezpowrotne, uszkodzenie nerwu bródkowego, uszkodzenie tętnicy językowej i jej odgałęzień, infekcja pozabiegowa niwecząca całkowicie efekty zabiegu;

Wypełnia pacjent:

Przeciwwskazania według wiedzy i obaw pacjenta dotyczące stanu zdrowia oraz przyjmowanych leków (proszę wypisać jeśli występują):

.....

Ja,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**.

- ❖ Udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.
O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego.
 - ❖ Zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.
 - ❖ Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej.
 - ❖ Rozumiem konieczność i zobowiązuję się do odbywania wizyt kontrolnych w terminach wyznaczonych przez personel gabinetu.
 - ❖ Zostałem poinformowany o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony z całym przebiegiem proponowanego leczenia.
 - ❖ Miałem możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia.
 - ❖ 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.
 - ❖ Zostały mi przedstawione koszty, które nie zawierają kosztów leków i w całości je akceptuję oraz zobowiązuję się pokryć.
 - ❖ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
 - ❖ Rozumiem, że podczas świadczenia medycznego komunikacja ze mną może być utrudniona oraz należy dążyć do skrócenia czasu interwencji medycznej (odkrycia pola zabiegowego), co w istotny sposób zmniejsza stres i możliwość infekcji oraz przyspiesza gojenie.
Dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.
 - ❖ Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, w takim przypadku uczynię to pisemnie.
 - ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej przed, podczas oraz po zabiegu.
 - ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed, podczas oraz po zabiegu, a także na przetwarzanie moich danych osobowych poprzez publikację na wszelkich nośnikach elektronicznych (Facebook, Instagram, strona internetowa, etc.) lub tradycyjnych (ulotki, zdjęcia poglądowe itp.) nieodpłatnie w celach marketingowych.
Niniejsza zgoda będzie obejmować przetwarzanie danych osobowych w postaci:
zdjęcia fotograficznego/radiologicznego mojej jamy ustnej, bez ujawnienia pełnego wizerunku twarzy oraz bez imienia i nazwiska.
Jestem świadomy, że mogę odwołać swoją zgodę pisemnie i od daty wpływu takiego oświadczenia moje dane nie będą już przetwarzane w celach wskazanych w niniejszym formularzu.
Odwołanie zgody nie będzie skutkowało usunięciem wizerunku z nośników elektronicznych oraz w materiałach reklamowych już wykorzystanych lub upubliczniętych przed wycofaniem zgody.
 - ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładźkowego oraz wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia.
 - ❖ Zostałem poinformowany o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku, jak również o alternatywnych metodach leczenia.
- Przeciwwskazania do wykonania znieczuleniaTAK / NIE**
Jeśli istnieją, to jakie?
- ❖ Zostałem poinformowany i zobowiązuję się przestrzegać zaleceń pozabiegowych dostępnych na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.
 - ❖ Zapoznałem się i akceptuję regulamin Specjalistycznego Centrum Stomatologicznego DENS, który dostępny jest na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.
 - ❖ Zapoznałem się z treścią polityki ochrony danych osobowych (w skrócie RODO), której treść znajduje się na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.

Zapoznałem się i zrozumiałem informacje dotyczące leczenia oraz wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentystry;

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna
prawnego/przedstawiciela ustawowego
pacjenta; data i miejscowość

.....
Czytelny podpis pacjenta, który
ukończył 16 lat i nie jest pełnoletni;
data i miejscowość