

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE
CHIRURGICZNE**

Data wydruku: 04-08-2015

Indywidualna praktyka lekarska lek. med. lek. dent.
Marek Woźniacki, REGON: 120442854
ul. Kielecka 1/02
31-523 Kraków
Tel.: 533777678



ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

Rodzaj planowanego leczenia chirurgicznego:

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 3G Dentist, Indywidualna Praktyka Lekarska lek. med. lek. dent. Marek Woźniacki, ul. Kielecka 1/02, Kraków.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z wypełnioną i podpisaną ankietą dotyczącą stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

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, dolegliwości bólowe. 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.
3. o możliwości nieuzyskania zamierzonego efektu leczenia ze względu na nieprzewidziane warunki śródzabiegowe lub możliwości regeneracyjne i naprawcze organizmu.
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 prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
 - c) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
 - d) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanej antybiotyku
 - e) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - f) konieczności usunięcia szwów chirurgicznych w terminie wyznaczonym przez lekarza
 - g) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - h) 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.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojej dokumentacji radiologicznej, fotograficznej oraz opisu mojego przypadku przez Indywidualną Praktykę Lekarską lek. med. lek. dent. Marek Woźniacki (3G Dentist) w pracach badawczych, szkoleniach, prezentacjach, wykładach, publikacjach naukowych oraz na umieszczanie na stronach www.3gDentist.pl, www.3gdentist.eu, pod warunkiem, że opis i zdjęcia uniemożliwiają identyfikację pacjenta.

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty

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

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE
CHIRURGICZNE**

Data wydruku: 04-08-2015

Indywidualna praktyka lekarska lek. med. lek. dent.

Marek Woźniacki, REGON: 120442854

ul. Kielecka 1/02

31-523 Kraków

Tel.: 533777678



Dotyczy tylko kobiet:

Oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości nadmiernego krwawienia po zabiegu chirurgicznym w przypadku, gdy w dniu zabiegu lub w dniu następnym spodziewam się krwawienia miesięcznego (miesiączki).

Uwagi:

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentystry

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