

**INDYWIDUALNA PRAKTYKA  
DENTYSTYCZNA  
KLAUDIA SCHUBERT  
ul. Nowa 1  
64-630 Ryczywół**

## **ZGODA PACJENTA NA ZABIEG CHIRURGICZNY**

**Imię i nazwisko pacjenta:** .....

**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 zabieg chirurgiczny:**

.....

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

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich.

Wyrażam zgodę na rozszerzenie – w razie konieczności – zakresu zabiegu, a także na związany z takim rozszerzeniem ewentualny wzrost kosztów. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej.

**Zostałem/lam poinformowany/a o powikłaniach:**

**1) podczas zabiegu chirurgicznego:**

złamanie korony sąsiedniego zęba, uszkodzenie uzupełnienia protetycznego, uszkodzenie wypełnienia zęba, uszkodzenie implantu, uszkodzenie zęba przeciwstawnego; przypadkowe zwichnięcie, nadwichnięcie lub usunięcie zęba sąsiedniego, uszkodzenie zawiązka zęba stałego; zranienie okolicznych tkanek miękkich; złamanie wyrostka zębodołowego, złamanie blaszki kostnej wyrostka zębodołowego, odłamanie guza szczęki, złamanie zuchwy; złamanie narzędzia chirurgicznego w obrębie tkanek; przemieszczenie stawu skroniowo-żuchwowego; podśluzówkowa i podskóra odma powietrzna; wzmożone krwawienie, połknięcie zęba, zaaspirowanie zęba do dróg oddechowych; przemieszczenie korzenia zęba lub jego fragmentu do tkanek miękkich, przemieszczenie korzenia zęba, fragmentu korzenia zęba lub zęba zatrzymanego do zatoki szczękowej; połączenie ustno-zatokowe; porażenie nerwów, uszkodzenie mechaniczne nerwu, przerwanie nerwu;

**2) po zabiegu chirurgicznym:**

szczękościsk, krwiak, przedłużające się krwawienie, obrzęk, ból poekstrakcyjny; zapalenie zębodołu (suchy zębodół, zakażony zębodół);porażenie nerwu zębodołowego dolnego, górnego, językowego, bródkowego, twarzowego, podniebiennego; martwica podniebienia, martwica kości wyrostka zębodołowego; zapalenie kości, ropnie, ropowice; infekcja, reakcja alergiczna, wstrząs anafilaktyczny; zapalenie zatoki jamistej, zakrzepica naczyń żylnych w obrębie twarzy.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszelkie 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. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, leczenie chirurgiczne jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. W świetle uzyskanych informacji jw. wyrażam świadomą zgodę na zaproponowane mi leczenie.

.....

Data      czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

.....

podpis i pieczętka lekarza