

## ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Imię i nazwisko pacjenta:  
Pesel:  
wiek

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 poz857 z późniejszymi zmianami) oraz art 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika 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.

Zostałem/am poinformowany/a o :

1. 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. ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej. 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. niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.
4. wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
  - - zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
    - zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
    - zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
    - konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
    - konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
    - konieczności usunięcia szwów chirurgicznych
    - wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
    - konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).

Niniejszym wyrażam zgodę na zaproponowany rodzaj znieczulenia do planowanego zabiegu chirurgicznego, jak również na towarzyszące temu postępowanie medyczne (wkłucia, leki, wentylacja mechaniczna) w czasie i po zabiegu. Oświadczam, że miałam/em pełną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań, oraz że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałam/em wystarczającą ilość czasu. Wyrażam zgodę na wykonanie niezbędnych badań radiologicznych niezbędnych do zaplanowania leczenia jak i do kontroli po zabiegowej. Oświadczam, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu mojego zdrowia.

Powyższe zasady przeczytałam/-am i zrozumiałam/-am, uzyskałam/-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.

.....  
podpis pacjenta