



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

miejsowość, data

Zgoda Pacjenta na implantację wszczepów stomatologicznych

Pacjent:

imię i nazwisko: _____

adres zamieszkania: _____

PESEL: _____

tel. kontaktowy: _____

e-mail: _____

Gabinet/Zakład Opieki Zdrowotnej:

nazwa Zakładu: _____

adres siedziby: _____

NIP: _____

tel.: _____

e-mail: _____

Dane lekarza prowadzącego:

imię i nazwisko: _____

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

czytelny podpis Pacjenta

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

czytelne podpisy Pacjenta i Opiekuna/Kuratora

Dane Rodzica, Opiekuna/Kuratora* w przypadku Zgody Zastępczej lub Równoległej:

imię i nazwisko: _____
adres zamieszkania: _____
PESEL: _____
tel. kontaktowy: _____
e-mail: _____
związek z Pacjentem: _____

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

- w przypadku, gdy Rodzic Pacjenta - dokumenty tożsamości Pacjenta (dziecka) i Rodzica
- w przypadku Opiekuna/Kuratora - dokumenty tożsamości Pacjenta i Opiekuna /Kuratora oraz wyrok ustanawiający opiekę/kuratelę

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

czytelny podpis Rodzica/Opiekuna/Kuratora*

*niepotrzebne skreślić

Rekomendowany zakres zabiegu:

Rekomendowane miejsce implantacji (ilość implantów):

Dodatkowe informacje o zakresie zabiegu lub poszerzeniu zabiegu:

Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta zakres zabiegu:

Przewidywany typ implantu:

Przewidywane miejsce implantacji:

Dodatkowe ustalenia:

Dodatkowe ustalenia:

Zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

czytelny podpis Pacjenta lub jego
przedstawiciela Prawnego

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. 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. 2009r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na implantację wszczepów stomatologicznych w powyższym zakresie w tutejszej poradni.

czytelny podpis Pacjenta lub jego
przedstawiciela Prawnego

Wyrażam zgodę na wykonanie niezbędnych przed zabiegiem badań, tj.:

czytelny podpis Pacjenta lub jego
przedstawiciela Prawnego

Oświadczam, że zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie.

czytelny podpis Pacjenta lub jego
przedstawiciela Prawnego

podpis lekarza prowadzącego, przyjmującego
oświadczenie Pacjenta

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego: nasiękowego, przewodowego oraz wyrażam zgodę by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałam poinformowana/poinformowany o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku jak również o alternatywnych metodach. Nie znam żadnych przeciwwskazań do wykonania znieczulenia TAK /NIE

Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia:

Znieczulenie miejscowe może osłabić Pana /Pani zdolność reakcji w ruchu ulicznym. Jeżeli lekarz nie zalecił inaczej, w ciągu 2-6 godzin po podaniu znieczulenia nie powinien Pan/Pani prowadzić pojazdów mechanicznych ani jeździć rowerem. W czasie 2 tygodni po zabiegu, chyba że lekarz zaleci inaczej proszę nie uprawiać sportu wyczynowego oraz unikać ekstremalnych obciążeń klimatycznych (jazda na nartach, podróz w tropiki). Proszę natychmiast zgłosić się na wizytę, jeśli wystąpią niecodzienne odczucia w miejscu zabiegu.

czytelny podpis Pacjenta lub jego
przedstawiciela Prawnego

podpis lekarza prowadzącego, przyjmującego
oświadczenie Pacjenta

Oświadczenie Pacjenta

Oświadczam, co następuje:

1. W dniu _____ została przeprowadzona rozmowa informacyjna pomiędzy wyżej wymienionym Pacjentem (w razie potrzeby z jego prawnym przedstawicielem) nt. implantacji wszczepów względnie materiałów kościozastępczych. Omówione zostały przy tym różne systemy implantologiczne pod względem przydatności w danym indywidualnym przypadku.
2. Za pomocą materiałów informacyjnych, zdjęć rentgenowskich i fotografii wcześniej leczonych przypadków i możliwych koncepcji leczenia, został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.
3. Po omówieniu innych, konwencjonalnych metod leczenia w postaci rozwiązań protetycznych i po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję decyzję o poddaniu się zabiegowi.
 - a. 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 jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.
4. 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.
5. Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem/-am pouczony/-a 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 odmową zgody na dane świadczenia.
6. W przypadku braku zrozumienia informacji przekazywanych mi (Pacjentowi) przez lekarza lub personel medyczny zobowiązuję się do złożenia lekarzowi prowadzącemu informacji o ww. braku zrozumienia na piśmie, do wiadomości kierownika placówki.
7. Oświadczam, że mam prawo do złożenia pisemnego wniosku do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a 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 sinusliftu”.
9. Zdając sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia implantologicznego zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem/-am wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane aktualnie leki. Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji, co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza prowadzącego.

10. 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. niepalenia papierosów, które w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia, ponieważ palenie papierosów jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu implantologicznym,
 - 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.
11. Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich w szczególności dotyczących higieny jamy ustnej oraz do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.
12. Zostałem poinformowany/-a, że w drugim etapie leczenia po zabiegu implantacji, część protetyczną i chirurgiczną pozabiegową należy wykonać w gabinecie, w którym została wykonana implantacja. W innym przypadku gabinet, w którym została wykonana implantacja nie przejmuje odpowiedzialności za dalszy przebieg leczenia.
13. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu operacyjnego może zaistnieć potrzeba zmiany koncepcji zabiegu (poszerzenia lub zmniejszenia zakresu) i wyrażam zgodę na konieczną zmianę koncepcji zabiegu oraz w przypadku poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zgodnie z załączonym cennikiem.
14. Po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję świadomą decyzję o poddaniu się zabiegowi.
15. Objąsnił mi przypadki, w których komplikacje doprowadziły do utraty implantu.
16. Przyjmuję do wiadomości, że lekarz ani placówka nie może gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników w tym od moich (Pacjenta) cech osobniczych, mojego (Pacjenta) stanu zdrowia, przebytych chorób oraz mojego (Pacjent) postępowania po zabiegu.
17. Wiem, że ostateczny wynik leczenia i jego trwałość w dużym stopniu uzależniony jest od mojego (pacjenta) postępowania w okresie pozabiegowym i później, a w szczególności od nie palenia papierosów, które w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia, ponieważ palenie papierosów jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu; Jeżeli decydujemy się na zabieg implantacji, regeneracji, augmentacji kości i/lub tkanek miękkich, informujemy, że zabieg taki wiąże się z większym ryzykiem odrzucenia implantu, lub nieprzyjęcia się materiału regeneracyjnego lub przeszczepionych tkanek miękkich w przypadku palenia papierosów.
18. Zgłaszanie się do okresowych kontroli, tzn. w pierwszym miesiącu po skończonym leczeniu a następnie raz na pół roku, jest niezbędnym wymogiem w procesie leczenia;
19. Zobowiązuję się do rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.
20. Zostałem/-am uprzedzony/-a, że okres integracji implantów z kością wynosi 4-7 miesięcy. Na wypadek, gdyby w tym czasie wystąpiła potrzeba ich usunięcia **omówiono ze mną warunki oraz koszty ponownego założenia implantu.**
21. Zabieg implantacji z dodatkową augmentacją (regeneracją) kości, Informujemy, że zabieg taki wiąże się z nieco większym ryzykiem odrzucenia implantu, lub nieprzyjęciem się materiału regeneracyjnego. Nie ma metody diagnostycznej umożliwiającej określenie potencjalnych zdolności tkanki kostnej do gojenia po regeneracji kości.
22. Pacjent powinien być świadomy, że niektóre z elementów mogą ulec zużyciu i będą wymagały wymiany (śrubki, elementy z akrylu lub kompozytu). Wymiana tych elementów na nowe odbywa się wg obowiązujących cen w dacie wymiany.
23. Koszty uzupełnienia protetycznego na implantach, które uległy uszkodzeniu z przyczyn mechanicznych a nie będących przyczyną normalnego użytkowania uzupełnienia protetycznego ponosi pacjent w pełnej wysokości wg obowiązujących cen w dacie naprawy.
24. Placówka nie pokrywa kosztów związanych z naprawą/leczeniem w innym gabinecie w Polsce i zagranicą.
25. Pacjent powinien być świadomy, że w przypadku braków, utraty innych zębów w jamie ustnej dochodzi do przeciążeń zgryzowych, co może doprowadzić do utraty implantów, ich złamania lub odprysków porcelany (z odbudowy protetycznej na implancie, złamania łączników). Miejsca po utraconych zębach powinny być niezwłocznie odbudowane (za pomocą implantów, mostów lub protez). W sytuacji ich nieuzupełnienia nie ponosimy odpowiedzialności za implanty i odbudowę na nich.

26. Wiem, że ponoszę koszty dojazdu w celu wykonania proponowanego zaakceptowanego leczenia, jak również wizyt kontrolnych oraz wizyt, które będą podyktowane względami medycznymi. Do kosztów tych zaliczają się m.in koszty przejazdu własnym środkiem transportu, samolotem, pociągiem itp., koszty zakwaterowania w hotelu, pensjonacie itp., wszelkie koszty pobytu pacjenta wraz z osobami mu towarzyszącymi przez czas, który będzie niezbędny lub konieczny dla prawidłowego leczenia. Koszty te nie są wliczane do kosztów leczenia i w żadnym przypadku nie obciążają lekarza i jednostki.
27. Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej wymienionych świadczeń medycznych w placówce przez lekarza prowadzącego oraz każdego innego lekarza i personel medyczny (zgodnie z jego kwalifikacjami). Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że pod pojęciem „lekarze i personel medyczny „rozumie się wszystkie osoby świadczące usługi zdrowotne” w tej placówce, bez względu na formę zatrudnienia czy współpracy.
28. Wyrażam zgodę na obecność podczas udzielanych mi (Pacjentowi) świadczeń zdrowotnych stażystów lub innych lekarzy czy personelu dla potrzeb dydaktycznych pod warunkiem, że przebywają tam za zgodą kierownika placówki.
29. Oświadczam, że otrzymałem/-am dostęp do informacji o prawach Pacjenta – na tablicy informacyjnej.
30. Oświadczam, że są mi znane i akceptuję warunki umieszczania/pozostawiania odzieży wierzchniej w poczekalni, która jest miejscem ogólnie dostępnym. Przyjąłem/-jęłam do wiadomości i akceptuję, że lekarze oraz personel placówki 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 niepozostawiania 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 placówki 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/-a korzyści i ewentualnych komplikacji wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w ww. planowanym zakresie.

W załączeniu:

1. Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftu
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 udzielenie informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu innym osobom, tj.:

czytelny podpis Pacjenta lub jego
przedstawiciela Prawnego

Oświadczam, iż zapoznałem się z informacją w zakresie ochrony danych osobowych.

czytelny podpis Pacjenta lub jego
przedstawiciela Prawnego

podpis lekarza prowadzącego, przyjmującego
oświadczenie Pacjenta

Wyrażenie zgody na wykorzystanie zdjęć lub innej dokumentacji medycznej do celów publikacji naukowych

W przypadku wyrażenia zgody wstawić znak „X” w odpowiedniej kratce i w miejscu przeznaczonym na podpis wpisać: datę, „Wyrażam zgodę” oraz umieścić czytelny podpis Pacjenta.

Wyrażam zgodę na:

przetwarzanie Moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym formularzu przez nas, które przetwarzamy w związku z udzielaniem Pani / Panu świadczeń leczniczych poprzez wykorzystanie ich przez naszego lekarza dentystę _____ w celach edukacyjnych podczas szkoleń dla lekarzy dentystów, oraz do publikacji naukowych w podanym poniżej zakresie ?

Niniejsza zgoda będzie obejmować przetwarzanie danych osobowych, bez ujawnienia Pani/Pana imienia i nazwiska w postaci:

1. Wiek
2. Płeć
3. Informacji o przebiegu procesu diagnostycznego,
4. Informacji o przebiegu procesu leczniczego i zastosowanych metodach leczniczych
5. Zdjęcia RTG
6. Zdjęcia fotograficzne jamy ustnej przed, w trakcie i po zakończeniu leczenia
7. Zdjęcia fotograficzne twarzy przed, w trakcie i po zakończeniu leczenia
8. Inne wymieniść: _____

Może Pan / Pani odwołać swoją zgodę pisemnie i od daty wpłynięcia takiego oświadczenia Pan/Pani dane nie będą już przetwarzane w celach wskazanych w niniejszym formularzu.

Ja _____ PESEL _____ wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych w powyższym zakresie w celach edukacyjnych podczas szkoleń dla lekarzy dentystów oraz do publikacji naukowych.

„Wyrażam zgodę” + data + czytelny
podpis Pacjenta

Inne dodatkowe ustalenia/zgody:

„Wyrażam zgodę” + data + czytelny
podpis Pacjenta

Miejsce na metryki użytych materiałów w tym implantów:

Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftu

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 pić dopiero po upływie miejscowego znieczulenia,
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie,
- nie gryząc 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 płukanką zaleconą

przez lekarza,

- nie dotykać okolic implantu palcami ani językiem,
- przy ewentualnych krwotokach skontaktować się natychmiast lekarzem dentystą,
- 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 zablizniającymi 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/-a, że prowizoryczne zabezpieczenia implantów (korona, most tymczasowy) ruszają się (na skutek przedwczesnego kontaktu zębów), proszę natychmiast zgłosić się do lekarza dentysty na wizytę. Oświadczam, iż powyższa informacja jest dla mnie zrozumiała i nie mam pytań w tym zakresie.

lekarz prowadzący

Potwierdzam odbiór informacji.

czytelny podpis Pacjenta lub jego
przedstawiciela Prawnego



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

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 wiertel tworzy się łożo, w którym 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 wgojenie 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 wgojeniu 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 pooperyacyjne występują rzadko.

Czasami należy otworzyć jamę zatoki szczękowej, która znajduje się w pobliżu okolicy implantacji. 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 zuchwy 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 wgajania się i muszą zostać usunięte lub też implantację przeprowadza się powtórnie.

Aby zminimalizować to ryzyko w jak najwyższym stopniu, prosimy udzielić odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy Pani/Pan choruje?

TAK

NIE

Jeżeli Tak, proszę wymienić na co: _____

2. Czy ma Pani / Pan alergię (na przykład katar sienny, uczulenie na określone artykuły spożywcze, np. owoce, leki, plastry, miejscowe środki znieczulające, metale)?

TAK

NIE

Jeżeli Tak, proszę wymienić na co: _____

3. Jak znosił Pani / Pan dotychczas zastrzyki znieczulające przy usuwaniu zębów albo w trakcie innych leczniczych zabiegów dentystycznych? _____

4. Czy istnieje zwiększona tendencja do krwawień nawet przy małych zranieniach albo po usunięciu zęba?

TAK

NIE

Jeżeli TAK, to proszę podać informację czy krwawienie ustępuje samoistnie i po jakim czasie oraz czy wymaga podania leków (jakich): _____

5. Czy przyjmuje Pan/Pani leki stale/często?

Jeżeli TAK jakie i jak często: _____

Szczegółowe informacje o stanie zdrowia będą przez lekarza wpisane do karty chorobowej Pacjenta.

Proszę w dniu zabiegu implantacji i w ciągu dwóch kolejnych dni:

- nie palić
- nie pić alkoholu
- nie wykonywać żadnego wysiłku fizycznego
- ograniczyć mówienie
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie
- po jedzeniu przepłukiwać krótko jamę ustną zimną wodą lub zaleconą przez lekarza płukanką
- nie dotykać okolic implantu
- utrzymywać higienę jamy ustnej

Zastrzyki podane w celu uzyskania znieczulenia miejscowego mogą osłabić Pana/Pani zdolność reakcji w ruchu ulicznym. Jeżeli lekarz nie zalecił inaczej, w ciągu 2-6 godzin po zastrzyku nie powinien Pan/Pani prowadzić pojazdów mechanicznych ani jeździć rowerem. W czasie 4 tygodni po implantacji proszę nie uprawiać sportu wyczynowego oraz unikać ekstremalnych obciążeń klimatycznych (jazda na nartach, podróż w tropiki).

Proszę natychmiast zgłosić się na wizytę jeśli wystąpią niecodzienne odczucia w miejscu implantacji.

Decydujący wpływ na sukces leczenia ma higiena jamy ustnej. Tylko w przypadku, gdy jesteście Państwo gotowi po każdym posiłku dokładnie czyścić zęby i okolice implantu, sukces powodzenia implantacji może być zapewniony. Nigdy nie należy zaniechać w przyszłości zabiegów higienicznych.

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 potrzebuję dodatkowego czasu do namysłu.

Niniejszym zgadzam się na proponowany zabieg.

podpis lekarza prowadzącego

czytelny podpis Pacjenta



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

miejsowość, data

Umowa na wykonanie implantacji wszczepów stomatologicznych

zawarta w _____ pomiędzy _____ ,
adres _____ reprezentowanym przez _____
współwłaścicieli, nazwanym dalej GABINETEM,

a

imię i nazwisko: _____

adres zamieszkania: _____

PESEL: _____

tel. kontaktowy: _____

e-mail: _____

zwanym dalej PACJENTEM.

§ 1

PACJENT zleca, a GABINET przyjmuje do wykonania zabieg implantacji wszczepów stomatologicznych opisany co do zakresu w „Zgodzie Pacjenta” z dnia _____ .

§ 2

Zgodnie z wyjaśnieniami zawartymi w „Zgodzie Pacjenta” GABINET nie gwarantuje oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników, w tym: stopnia zaawansowania choroby, cech osobniczych Pacjenta, stanu zdrowia ogólnego, a przede wszystkim reakcji pacjenta na zastosowaną procedurę i środki. Zobowiązanie GABINETU dotyczy starannego działania w celu osiągnięcia planowanej rekonstrukcji narządu żucia przy zastosowaniu sposobu postępowania zgodnego z aktualnym stanem wiedzy i zgodnego z umówionym zakresem.

§ 3

Wynagrodzenie GABINETU wynosi _____ płatne przelewem/gotówką do dnia _____ .

§ 4

PACJENT zobowiązuje się do osobistego pokrycia całości ustalonych kosztów planowanych procedur medycznych oraz kosztów zastosowanych materiałów zgodnie z załączonym cennikiem lub innymi pisemnymi ustaleniami oraz do pokrycia dodatkowych kosztów opisanych w nw. punktach.

§ 5

Jeżeli podczas zabiegu operacyjnego zaistnieje potrzeba zmiany koncepcji zabiegu polegającej na poszerzeniu zakresu zabiegu lub przez zastosowanie dodatkowych środków (materiałów), PACJENT zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur medycznych oraz materiałów, zgodnie z załączonym cennikiem.

§ 6

PACJENT zobowiązuje się do zapłaty za wykonane dodatkowe (ponadplanowane) procedury medyczne oraz do pokrycia kosztów dodatkowych materiałów, maksimum w ciągu 14 dni od wykonania zabiegu.

§ 7

Jeżeli podczas zabiegu operacyjnego zaistnieje potrzeba zmiany koncepcji zabiegu polegającej na zmniejszeniu zakresu zabiegu, GABINET zobowiązuje się do zwrotu kosztów niewykonanych procedur medycznych oraz związanych z tym kosztów, zgodnie z załączonym cennikiem.

§ 8

W przypadku, w którym leczenie w części lub w całości mogłoby być finansowane z środków innych narodowych lub komercyjnych funduszy zdrowia lub z odszkodowania czy świadczenia zakładów ubezpieczeń lub przez inne podmioty czy osoby, zobowiązuje się we własnym zakresie do dochodzenia kosztów zastosowanej procedury medycznej, bez cedowania dochodzenia roszczeń na GABINET, w którym wykonywany będzie zabieg.

§ 9

W przypadku braku zapłaty w ustalonym terminie, za wykonane procedury lub koszty poniesione przez przychodnię/lekarza w związku z zabiegiem, zobowiązuje się, bez dodatkowego wezwania, do pokrycia ustawowych odsetek za zwłokę.

§ 10

W przypadku wstąpienia konieczności usunięcia implantów w okresie integracji implantów z kością (4-7 miesięcy po zabiegu) lub po tym okresie, PACJENT zobowiązuje się do pokrycia kosztów usunięcia protetyki i implantów oraz ewentualnego, na nowo uzgodnionego, ponownego leczenia zgodnie z cennikiem GABINETU.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 12

Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania.

§ 13

PACJENT może umowę wypowiedzieć w każdym czasie. Powinien jednak zwrócić GABINETOWI wydatki, które ten poczynił w celu należytego wykonania zlecenia, w tym uiścić część wynagrodzenia odpowiadającą jego dotychczasowym czynnościom, a jeżeli wypowiedzenie nastąpiło bez ważnego powodu, powinien także naprawić szkodę.

GABINET może umowę wypowiedzieć w każdym czasie, jednakże gdy wypowiedzenie nastąpiło bez ważnego powodu, jest odpowiedzialny za szkodę.

§ 14

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

podpisy stron

GABINET

PACJENT
czytelny podpis