

ZGODA NA ZABIEG ENDODONTYCZNY

PACJENT:

ADRES:.....

RODZAJ ZABIEGU:

NR ZĘBA:

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 ENDODONTYCZNE** przez lekarza:

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą ogólnego wywiadu medycznego. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej.

Zostałem/-am poinformowany/-a:

1. O rodzaju, istocie i technice planowanego leczenia endodontycznego (kanałowego),
2. O tym, że ze względu na skomplikowaną budowę anatomiczną zębów i tkanek otaczających, leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne już w trakcie podjętych procedur.
3. O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań, a w szczególności o tym, że może:
 - dojść do złamania korony zęba,
 - wystąpić konieczność celowego zniesienia części korony zęba,
 - dojść do perforacji kanału korzeniowego lub komory miazgi zęba,
 - dojść do złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału (bez możliwości jego usunięcia),
 - dojść do przepchnięcia materiału uszczelniającego poza wierzchołek korzenia zęba,
 - wystąpić przemijający ból,
 - dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego,
 - zaistnieć konieczność wykonania zabiegu chirurgicznego,
 - zaistnieć konieczność usunięcia zęba,
4. O konieczności ścisłego przestrzegania:
 - wskazań dotyczących zachowania się po leczeniu endodontycznym,
 - zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej,
 - zaleceń dotyczących stosowania leków wskazanych przez lekarza,
 - harmonogramu wizyt ustalonego z lekarzem, w tym wykonywania zdjęć RTG,
 - zaleceń dotyczących rekonstrukcji leczonego endodontycznie zęba,
5. O tym, że warunkiem powodzenia leczenia jest stosowanie się do zaleceń lekarza, które zostały mi przekazane i które zrozumiałem.
6. O kosztach leczenia, które akceptuję.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałem/-am możliwość zadania wszelkich pytań dotyczących leczenia. Zostały przedstawione mi alternatywne metody leczenia i ryzyka z tym związane. Zostały wyjaśnione mi wszystkie wątpliwości dotyczące leczenia, a także dotyczące możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia, włącznie z zaniechaniem leczenia. Na zadane pytania zostały udzielone odpowiedzi, które były dla mnie zrozumiałe i zostały przekazane w sposób wyczerpujący.

Lekarz Stomatolog

Pacjent