

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ZACHOWAWCZE I/LUB ENDODONTYCZNE

I. DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL:

II. DANE LEKARZA WYKONUJĄCEGO ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE:

III. OPIS PROPONOWANEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO I MOŻLIWE POWIKŁANIA ORAZ SKUTKI NIEPOŻĄDANE:

Niniejszy formularz dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

1. LECZENIE ZACHOWAWCZE I ENDODONTYCZNE:

Planowane leczenie (proszę zaznaczyć właściwe)*:

ZACHOWAWCZE zęba nr

ENDODONTYCZNE zęba nr

Leczenie zachowawcze obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: usunięcie zmienionej próchnicowo tkanki zęba oraz jej odbudowę materiałem wypełniającym (rekonstrukcja zęba, celem przywrócenia jego pierwotnej funkcji). Po założeniu wypełnienia może wystąpić nadwrażliwość pozabiegowa zęba, utrzymująca się nawet do 30 dni, czasowa wrażliwość bądź zapalenie dziąseł. W przypadku zdiagnozowania głębokiej próchnicy może zaistnieć konieczność leczenia endodontycznego (kanałowego) zęba. Możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas leczenia.

Leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli komory zęba i kanałów korzeniowych, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i trwałe wypełnienie tej przestrzeni materiałem leczniczym – przy użyciu mikroskopu. 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. W przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości, istnieje zwiększone ryzyko powikłań. Powtórne leczenie endodontyczne jest zawsze trudniejsze i nie w każdym przypadku można je wykonać jedynie zachowawczą, mało inwazyjną metodą. Powtórne leczenie endodontyczne jest też obciążone większym ryzykiem powikłań i niepowodzeń. Podczas leczenia endodontycznego może dojść do złamania korony zęba. Może się zdarzyć, że lekarz będzie zmuszony do celowego zniesienia części korony zęba, by umożliwić prawidłowe wykonanie tego leczenia. Możliwa jest także perforacja kanału korzeniowego lub dna komory miazgi zęba. Istnieje ryzyko złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego (bez możliwości jego usunięcia) oraz przepchnięcia materiału poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować dolegliwości bólowe, bardzo rzadko ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia fragmentu zęba. W trakcie leczenia kanałowego zęba z założoną koroną protetyczną dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia tej korony lub zachodzi konieczność jej świadomego demontażu. W czasie leczenia endodontycznego, a zwłaszcza po jego zakończeniu mogą wystąpić przemijające objawy bólowe, a w rzadkich przypadkach może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (ból samoistny zębów, obrzęk, wysięk surowiczy lub ropny, uczynnienie przetoki), co może wymagać zastosowania środków farmakologicznych. Możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas leczenia. Leczenie endodontyczne zębów ze zmianami w okolicy okołowierzchołkowej jest obciążone większym ryzykiem - czasami mimo przeprowadzonego leczenia zmiany te mogą nie goić się prawidłowo (to może zmniejszyć szanse na utrzymanie danego zęba w jamie ustnej). Mimo przeprowadzonego leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność wykonania zabiegu chirurgicznego (np. odcięcia wierzchołka korzenia lub całego korzenia) lub w przypadku niepowodzenia tego leczenia konieczność usunięcia zęba. Przy niewielkim stopniu uszkodzenia korony zęba wystarcza odbudowa zachowawcza za pomocą materiału kompozytowego lub/i wkładu. Jeśli ząb jest mocno zniszczony, konieczna jest odbudowa protetyczna.

2. ZNIECZULENIE:

Ww. świadczenie może być udzielone w znieczuleniu miejscowym, które wykonywane jest na życzenie pacjenta – **polega ono na** podaniu do tkanek w obrębie jamy ustnej środka farmakologicznego, który powoduje blokadę nerwów, odpowiadających za unerwienie danej okolicy. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością pacjenta. **Do powikłań częstych, mniej groźnych zaliczyć należy:** wrażliwość miejsca po ukłuciu, krwaki tkanek (siniak), obrzęk, zawroty głowy, pogryzienie wargi i policzka, podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie pracy serca. **Powikłania rzadkie to:** omdlenie, częściowe porażenie nerwu czuciowego, infekcja po iniekcji, reakcja alergiczna.

3. BADANIE RTG/CBCT:

W trakcie badania lub udzielania ww. świadczenia zdrowotnego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego (badanie radiologiczne). Badanie to jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego, które mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum pozwalającego uzyskać poprawny technicznie wynik badania. Badanie to może być wykonane w zakresie: zdjęcia rentgenowskiego okolicy zabiegowej zęba/-ów, zdjęcia rentgenowskiego pantomograficznego, zdjęcia rentgenowskiego tomograficznego. **Ciąża jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego.** Wszystkie kobiety powinny zgłosić lekarzowi fakt podejrzenia ciąży lub ciąży przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego. Wszyscy pacjenci powinni zgłosić lekarzowi fakt leczenia onkologicznego przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego.

Udzielenie każdego świadczenia zdrowotnego wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań i/lub skutków niepożądanych – także w przypadku dochowania należytej staranności przez personel udzielający tego świadczenia. Dokładamy wszelkich starań, by zminimalizować ryzyko ich wystąpienia, niemniej żaden lekarz ani podmiot leczniczy nie może zagwarantować ich całkowitego wykluczenia. Powyżej wymieniona została większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji nieopisanych, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta.

Dodatkowe uwagi:

IV. OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) nie jestem ubezwłasnowolniony/a całkowicie;
- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
 - a) o stanie mojego zdrowia;
 - b) o istocie, sposobie wykonania i celu ww. świadczenia zdrowotnego;
 - c) w szczególności zostałem poinformowany, że:
 - w przypadku braków zębowych konieczne jest ich bezzwłoczne uzupełnienie;
 - w trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich lub/i tomograficznych;
 - po leczeniu endodontycznym konieczna jest jak najszybsza, trwała rekonstrukcja zęba ze względu na wysokie ryzyko złamania osłabionej korony zęba;
 - plan leczenia może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności – o których pacjent zostanie poinformowany i jeżeli wyrazi na to zgodę;
 - po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz wizyty profilaktyczne, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 12 miesięcy;
 - d) o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego oraz leczniczego, które obejmują:
.....
oraz o związanym z tymi metodami ryzyku;
 - e) o możliwości zaniechania leczenia zachowawczego i endodontycznego oraz jego konsekwencjach;
 - f) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie leczenia zachowawczego i endodontycznego a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
 - g) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
 - h) o możliwości zadania pytań i zgłaszania wątpliwości personelowi medycznemu w zakresie ww. leczenia;
- 5) zgłosiłem/am personelowi medycznemu wszystkie wątpliwości i zadałem/am wszystkie nurtujące mnie pytania dotyczące ww. leczenia oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;
- 6) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. leczenia nie są zagwarantowane;
- 7) mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- 8) zapoznałem/am się z treścią niniejszego dokumentu, w pełni ją rozumiem i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.

V. ZGODA PACJENTA.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie następujących świadczeń zdrowotnych :
(proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)*

- leczenie zachowawcze
- leczenie endodontyczne
- znieczulenie
- badanie RTG/CBCT

.....
data, podpis i pieczętka lekarza

.....
data i czytelny podpis pacjenta

VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

- 1) PRZEWIDYWANE KOSZTY LECZENIA:
- 2) WARUNKI PŁATNOŚCI: Płatność za leczenie następuje po wizycie.
- 3) GWARANCJA JAKOŚCI:

Podmiot leczniczy udziela 2-letniej gwarancji jakości na wykonane leczenie zachowawcze lub/i endodontyczne na następujących warunkach:

1. warunki przysługiwania uprawnień z tytułu gwarancji obejmują:
 - a. odbywanie przez pacjenta regularnych wizyt kontrolnych i higienizacyjnych, na które pacjent ma obowiązek zgłosić się do zakładu leczniczego, który wykonał usługę, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 12 miesięcy;
 - b. przestrzeganie przez pacjenta wszystkich zaleceń lekarzy;
 - c. zachowanie przez pacjenta prawidłowej higieny jamy ustnej;

nieprzestrzeganie przez pacjenta któregokolwiek z ww. warunków skutkuje utratą uprawnień z tytułu gwarancji jakości – o ile nastąpiło z przyczyn nie leżących po stronie podmiotu leczniczego;

2. gwarancji nie podlegają usługi wykonane u pacjentów, u których występują:
 - a. zaburzenia narządu żucia,
 - b. naturalne zaniki kości,
 - c. choroby przyzębia,
 - d. niewyleczone ubytki próchnicowe oraz braki zębowe,

które mogą mieć pośredni lub bezpośredni wpływ na trwałość wykonanej usługi;

3. gwarancja nie obejmuje:
 - a. uszkodzeń nie wynikających z wykonanej usługi;
 - b. usługi, jeżeli pacjent nie stosował się do zaleceń lekarza;
 - c. wypełnień tymczasowych;
 - d. kosztów dojazdu do gabinetu poniesionych przez pacjenta.

- 4) OŚWIADCZENIA PACJENTA.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności oraz gwarancji jakości i w pełni je akceptuję;
2. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu ponosi pacjent;
3. rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów leczenia (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;
4. mam świadomość, że powodzenie przeprowadzonego leczenia i jego rezultaty są w dużej mierze zależne od przestrzegania przeze mnie zaleceń lekarza i zobowiązuję się ich przestrzegać, w tym regularnie odbywać wizyty kontrolne i higienizacyjne.

.....
(data, podpis pacjenta)

VII. ZGODA NA UJAWNIECIE TAJEMNICZY LĘKARSKIEJ.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej dot. ww. leczenia w zakresie obejmującym okazanie lub publikację, **w sposób uniemożliwiający identyfikację mojej osoby**, zdjęć RTG/CBCT oraz

dokumentacji fotograficznej w celach: edukowania innych pacjentów (okazanie poglądowe fragmentów dokumentacji medycznej), szkolenia personelu, marketingu (informowania o udzielanych świadczeniach zdrowotnych). Zobowiązuję się nie wnosić roszczeń z ww. tytułu. Mam świadomość, że zgodę mogę cofnąć w każdym czasie, bez negatywnych konsekwencji z tego powodu.

.....

(data, podpis pacjenta)