

ZGODA PACJENTA NA ZABIEGI PROFILAKTYCZNE

I. DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL:

II. DANE LEKARZA/HIGIENISTKI STOMATOLOGICZNEJ WYKONUJĄCEGO ZABIEG PROFILAKTYCZNY:

III. OPIS PROPONOWANEGO ZABIEGU PROFILAKTYCZNEGO I MOŻLIWE POWIKŁANIA ORAZ SKUTKI NIEPOŻĄDANE:

Niniejszy formularz dotyczy:

1. ZABIEGU PROFILAKTYCZNEGO:

Zabiegi profilaktyczne mają na celu zapobieganie powstawaniu próchnicy zębów oraz utrzymanie odpowiedniej kondycji dziąseł (przyzębia), co jest podstawowym elementem w utrzymaniu prawidłowej higieny jamy ustnej. Zabieg profilaktyczny obejmuje następujące etapy: skaling, czyli usunięcie kamienia (polega na usunięciu twardych złogów, potocznie nazywanych kamieniem przy użyciu ultradźwięków), piaskowanie osadów (polega na usunięciu niezmineralizowanego osadu i przebarwień z powierzchni zęba za pomocą piaskarki stomatologicznej), polerowanie powierzchni zębów, fluoryzacja (zabezpieczenie zębów preparatami z fluorem). W zależności od stanu jamy ustnej pacjenta może zaistnieć konieczność rozłożenia zabiegów profilaktycznych na dwa etapy (dwie wizyty). W przypadku pacjentów z problemami z przyzęciem może zaistnieć potrzeba wykonania chirurgicznego usuwania kamienia poddziąsłowego lub skierowania pacjenta do specjalisty w celu dalszej diagnostyki. W przypadku dużej ilości kamienia nazębnego, wskutek jego usunięcia może dojść do powstania przestrzeni międzyzębowej po usuniętym kamieniu, a w konsekwencji do rozchwiania zębów, co może wymagać wykonania dodatkowych procedur medycznych. Po wykonaniu zabiegu profilaktycznym może wystąpić czasowa nadwrażliwość zębów i dziąseł oraz przejściowy stan zapalny dziąseł. W trakcie zabiegów profilaktycznych może dojść do utraty nieszczelnego wypełnienia lub uzupełnienia protetycznego. Możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas zabiegów.

2. ZNIECZULENIE:

Ww. świadczenie może być udzielone w znieczuleniu miejscowym, które wykonywane jest na życzenie pacjenta przez lekarza – **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, krwiak 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.

Wykonanie zabiegu profilaktycznego wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań i/lub skutków niepożądanych – także w przypadku dochowania należytej staranności przez personel wykonujący taki zabieg. Dokładamy wszelkich starań, by zminimalizować ryzyko ich wystąpienia, niemniej żaden lekarz ani podmiot leczniczy nie może zagwarantować ich całkowitego wykluczenia.

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 podmiot leczniczy 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. zabiegu profilaktycznego;
 - c) w szczególności zostałem poinformowany, że:
 - w przypadku braków zębowych konieczne jest ich bezzwłoczne uzupełnienie;
 - pacjent zobowiązany jest do przestrzegania otrzymanych zaleceń pozabiegowych, obejmujących m.in. informację o konieczności powstrzymania się od spożywania napojów i posiłków przez określony czas oraz przestrzegania tzw. „białej diety”;
 - trwałość efektów wykonanego zabiegu profilaktycznego uzależniona jest od stosowania się przez pacjenta do otrzymanych zaleceń oraz trybu życia, w tym stosowanej diety i higieny jamy ustnej;

- w niektórych przypadkach, w zależności od stanu jamy ustnej pacjenta, nie ma możliwości osiągnięcia maksymalnego efektu estetycznego podczas piaskowania zębów (tj. usunięcia osadu w 100%);
- zabiegi profilaktyczne powinny być wykonywane systematycznie, w terminach zaleconych przez lekarza lub higienistkę stomatologiczną, nie dłuższych niż co 12 miesięcy;
- pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne, w terminach zaleconych przez lekarza lub higienistkę stomatologiczną, nie dłuższych niż co 12 miesięcy;

- d) o możliwości zaniechania wykonania zabiegu profilaktycznego i jego konsekwencjach;
- e) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie wykonywania ww. zabiegu profilaktycznego a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
- f) zasadności informowania podmiotu leczniczego o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
- g) 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. zabiegu profilaktycznego oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;
- 6) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. zabiegu nie są zagwarantowane;
- 7) mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na wykonanie zabiegu profilaktycznego;
- 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:

(proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)*

- wykonanie zabiegu profilaktycznego
- znieczulenie

.....
data, podpis i pieczętka lekarza/higienistki stomatologicznej

.....
data i czytelny podpis pacjenta

VI. Informacja w zakresie warunków realizacji świadczenia zdrowotnego

- 1) PRZEWIDYWANE KOSZTY:
- 2) WARUNKI PŁATNOŚCI:

Wynagrodzenie zostanie uiszczone po wykonaniu zabiegu profilaktycznego.

- 3) OŚWIADCZENIA PACJENTA.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

- 1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności 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 wykonywanego zabiegu, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;
- 4. mam świadomość, że powodzenie wykonanego zabiegu profilaktycznego i jego rezultaty są w dużej mierze zależne od przestrzegania przeze mnie zaleceń lekarza/higienistki stomatologicznej i zobowiązuję się ich przestrzegać, w tym regularnie odbywać wizyty kontrolne i higienizacyjne.

.....
(data, podpis pacjenta)

VII. ZGODA NA UJAWNIECIE TAJEMNICZY LECARSKIEJ.

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**, 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)