

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE – WSZCZEPIENIE IMPLANTU ZĘBA

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL:

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na leczenie chirurgiczne – wszczepienie implantów zębów w pozycji przez w NZOZ MEISSMED w Luboniu.

Oświadczam, że udzieliłam wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. 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 i fotograficznej.

Zostałam poinformowana:

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiona z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
2. o tym, że ostateczną decyzję o wszczepieniu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, po odsłonięciu kości wyrostka zębodołowego. Kość może mieć niekorzystną budowę dla wszczepienia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania RTG/CBCT.
3. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej i w konsekwencji odsłonięcie wszczepu śródkostnego. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek wokół implantu, w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji konieczności jego usunięcia.
4. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego.
5. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 10 dni po zabiegu
 - b) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanej antybiotyku
 - c) konieczności płukania jamy ustnej 0,1-0,2% roztworem chlorheksydyny przez 7-14 dni po zabiegu
 - d) usunięciu szwów chirurgicznych po 7-14 dniach
 - e) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - f) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
6. O kosztach leczenia, które akceptuję. (Załącznik nr 1 do umowy).

Po zabiegu implantacji należy zgłaszać się na wizyty kontrolne co pół roku w celu oceny stanu implantu oraz zabiegu higienizacji (płatne wg cennika).

Powyższe zasady przeczytałam i zrozumiałam, uzyskałam również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałam poinformowana o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałam poinformowana 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 wszczepienia implantów jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie to nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, podpis i pieczęć lekarza dentysty.

Czytelny podpis Pacjenta

KOSZTY LECZENIA IMPLANTOLOGICZNEGO

ZAŁĄCZNIK NR 1.

Po przedyskutowaniu wszystkich możliwości sposobów leczenia i związanego z nimi ryzyka zdecydowaliśmy się na leczenie przedstawione w załączonej tabeli:

	ŻUCHWA (lokalizacja)	SZCZĘKA (lokalizacja)	CENA
Wszczepianie implantu			
Szablon chirurgiczny			
Odbudowa protetyczna:			
Augmentacja (odbudowa kości):			
Podniesienie dna zatoki szczękowej: ☐ Metoda otwarta ☐ Metoda zamknięta			
Odsłonięcie implantu, założenie śruby formującej dziąsło			
INNE:			

Data, podpis i pieczętka lekarza dentysty

Czytelny podpis Pacjenta

ZALECENIA PO ZABIEGU IMPLANTACJI

1. Nie wolno jeść do czasu ustąpienia znieczulenia. Przez 12 godzin po zabiegu nie wolno jeść i pić **gorących** posiłków.
2. Przeciwwskazane jest palenie papierosów do 24 godzin po zabiegu.
3. Zaleca się stosowanie na policzku zimnego okładu w okolicy zabiegu przez kolejne 2 dni.
4. Pierwsze mycie zębów może nastąpić po 12 godzinach od zabiegu, przy czym płukanie jamy ustnej należy wykonać bardzo ostrożnie. Nie wolno dotykać niczym rany.
5. Przez 7 dni należy zrezygnować z dużego wysiłku fizycznego, np. ćwiczeń siłowych i dźwigania.
6. Po 24 godzinach od zabiegu można rozpocząć płukanie jamy ustnej, płukanką z chlorheksydyną. Zaleca się delikatnie płukanie.
7. **W razie bólu, obrzęku lub innych niepokojących objawów należy NIEZWŁOCZNIE umówić się na wizytę kontrolną.**
8. **Proszę unikać nabiału. Przez 5 dni nie jeść białego sera, jogurtu, kefiru itp.**

KOD RECEPTY

AULIN 0,1 g – 2 x dziennie przez 3 dni, dalej w razie bólu

ANTYBIOTYK:

DODATKOWE LEKI: