

Zgoda na zabieg stomatologiczny w znieczuleniu ogólnym

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczam, że:

1. Jestem rodzicem/opiekunem prawnym pacjenta

Imię i nazwisko

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

oraz że

2. Zapoznałem(am) się z „Informacją dla pacjenta i rodziców/opiekuna prawnego dziecka przed zabiegiem stomatologicznym w znieczuleniu ogólnym”. Zrozumiałem(am) jej treść i będę przestrzegać zawartych w niej zaleceń. Jestem poinformowany(a) o możliwości powikłań związanych z zabiegiem i znieczuleniem w warunkach ambulatoryjnych.
3. Przedstawiono mi plan leczenia i omówiono technikę wykonania zabiegu.
4. Zostałem(am) poinformowany(a) o korzyściach zdrowotnych oczekiwanych z planowanego leczenia oraz konsekwencjach i ryzyku związanych z odstąpieniem od wykonania zabiegu.
5. Wyrażam zgodę na wykonanie w znieczuleniu ogólnym w warunkach ambulatoryjnych następujących procedur stomatologicznych:

- usunięcie kamienia nazębnego,
- leczenie zachowawcze zębów z próchnicą (opracowanie ubytków i założenie wypełnień)
- leczenie endodontyczne (kanałowe lub amputacyjne) zębów z próchnicą powikłaną
- ekstrakcje (usunięcie zębów), nie kwalifikujących się do leczenia zachowawczego.
- Inne:

.....

.....

6. Poinformowano mnie, że plan leczenia może zostać zmodyfikowany podczas zabiegu i może wystąpić konieczność usunięcia większej liczby zębów niż wstępnie planowana, co związane jest ze śródzabiegową oceną stanu uzębienia i wyrażam na takie postępowanie
7. Zgadzam się na towarzyszące postępowanie: wkłucie do żyły, przetaczanie dożylnie płynu, dożylnie podanie antybiotyku, znieczulenie miejscowe i inne konieczne leczenie przed, w czasie i po zabiegu.

8. Poinformowano mnie:

- o ryzyku i możliwości powstania powikłań w trakcie i po zabiegu. Najczęściej występujące to: obrzmienie, krwawienie, utrudnione gojenie rany pooperacyjnej, miejscowe stany zapalne, otwarcie zatoki szczękowej w przypadku ekstrakcji zębów stałych trzonowych górnych i przedtrzonowych
- o tym, że ostateczny wynik leczenia zależy nie tylko od wykonanych procedur leczniczych, ale także od stanu ogólnego pacjenta i przestrzegania zaleceń pozabiegowych, a długotrwały efekt terapeutyczny wymaga utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej, regularnych wizyt kontrolnych oraz stosowania metod profilaktyki przeciwpróchnicowej.

Potwierdzam, że w pełni zrozumiałem (am) zasady przedstawionego mi sposobu leczenia. Uzyskałam(em) wyczerpującą odpowiedź na wszystkie moje pytania związane z zabiegiem.

Oświadczam, że dziecko nie jadło od godziny i nie piło od godziny

.....
CZYTELNY PODPIS PACJENTA (POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA)

.....
CZYTELNY PODPIS MATKI, OJCA lub OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że przedstawiłam (em) pacjentowi / rodzicom (opiekunom prawnym) pacjenta plan postępowania leczniczego, poinformowałam (em) o jego celu i korzyściach, możliwych do zastosowania alternatywnych metodach diagnostyki i leczenia, potencjalnym ryzyku i powikłaniach, które mogą wystąpić w trakcie i po zabiegu, a także o skutkach nie udzielenia zgody i odstąpienia od leczenia.

.....
Data i podpis lekarza udzielającego informacji