

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE  
IMPLANTOLOGICZNE**

Data wydruku: 21-03-2022

**ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,  
REGON: 38580640800013**  
Kod Res.:000000228432  
TULIDENT (kod res. 02)  
ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  
ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

Wrocław, .....

**I. DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

nr PESEL: .....

**II. DANE LEARZA WYKONUJĄCEGO ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE:** .....

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

Niniejszy formularz dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

**1. LECZENIE IMPLANTOLOGICZNE:**

Leczenie chirurgiczne, mające na celu wszczępienie implantu/-ów:

- wszczępienie implantu/-ów w okolicy zęba/-ów nr .....
- odbudowa tymczasowa .....

Leczenie to obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: leczenie implanto-protetyczne ma na celu uzupełnienie braku/ów zęba/ów oraz rehabilitację narządu żucia. Leczenie obejmuje dwa podstawowe etapy:

- a) **etap chirurgiczny** – wszczępienie implantu, czyli wprowadzenie w okolicy braku/ów zęba/ów tytanowej śruby, której zadaniem jest stworzenie możliwości późniejszej odbudowy protetycznej w celu uzupełnienia braku/ów zębowych. Po wprowadzeniu implantu montowana jest śruba zamykająca lub abutment (śruba gojąca, której celem jest ukształtowanie tkanek miękkich w okolicy wszczępionego implantu). Jeżeli abutment nie został zamontowany podczas wizyty procedura będzie przeprowadzona po około 3 miesiącach w przypadku żuchwy lub po około 6 miesiącach w przypadku szczęki. Okolicę zabiegową zabezpiecza się szwami, które należy usunąć zgodnie z zaleceniami lekarza, najczęściej w okresie od 5 do 14 dni po zabiegu. Ostateczną decyzję o zakresie zabiegu i wszczępieniu implantu/-ów podejmie lekarz (pod warunkiem uzyskania zgody pacjenta) śródzabiegowo. Implantacja może łączyć się z koniecznością przeprowadzenia dodatkowych procedur leczniczych, takich jak, regeneracja kości, podanie osocza bogatopłytkowego, podniesienie zatoki czy regeneracja tkanek miękkich. Regeneracja kości (nazywana także augmentacją) to nadbudowa ubytków kości szczęki lub żuchwy pacjenta. Regeneracja może być przeprowadzona przy użyciu różnego rodzaju biomateriału: kości autogennej (pochodzącej od tego samego pacjenta), kości homogennej (biomateriał z banku kości pochodzący od obcych dawców), biomateriał pochodzenia zwierzęcego oraz biomateriał syntetyczny (pochodzenia organicznego lub nieorganicznego). Podniesienie zatoki szczękowej jest zabiegiem mającym na celu podniesienie błony śluzowej zatoki, w przypadku kiedy nie ma wystarczającego miejsca na prawidłowe wprowadzenie implantu. Zabieg ten może zostać zrealizowany metodą zamkniętą lub otwartą. Ta pierwsza polega na wewnątrzdołowym uniesieniu zatoki w stopniu lekkim. W metodzie otwartej zaś wykonuje się dostęp do zatoki w bocznym odcinku szczęki po to, by zakończyć całość zabiegu regeneracją kości. Regeneracja tkanek miękkich polega na odbudowie ubytku dziąsła w okolicy wszczępianego implantu, poprzez pobranie tkanek miękkich z podniebienia i wszczępienie ich w okolicy ubytku dziąsła. Najczęściej zabieg implantacji wymaga zastosowania farmakoterapii (przed, w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu). Po wszczępieniu implantu istnieje możliwość wykonania odbudowy tymczasowej, do momentu wykonania uzupełnienia ostatecznego.
- b) **etap protetyczny** – po okresie osteointegracji wszczępionego implantu (zrośnięcia się z kością), tj. najczęściej od około 3 do 6 miesięcy od momentu wszczępienia implantu, można rozpocząć etap protetyczny, czyli wykonanie ostatecznego uzupełnienia protetycznego; obowiązkiem pacjenta jest wykonanie odbudowy protetycznej w terminie zaleconym przez lekarza.

**Możliwe powikłania:**

Leczenie implantologiczne wiąże się też z możliwością wystąpienia powikłań w postaci: obrzęku, krwawienia, zasinienia, dolegliwości bólowych, stanu zapalnego, utrudnionego gojenia rany, uszkodzenia nerwu, zaburzenia czucia, połączenia zatoki z jamą ustną, szczękoscisku, uszkodzenia zębów sąsiadujących. Oderwanie płata błony śluzowej, otwarcie zatoki, niewgojenie implantu. Możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas leczenia.

**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. Znieczulenie znosi odczuwanie bólu, jednak czucie dotyku, ucisku czy rozpierania jest zachowane.

## ZGODA PACJENTA NA LECZENIE IMPLANTOLOGICZNE

Data wydruku: 21-03-2022

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,

REGON: 38580640800013

Kod Res.:000000228432

TULIDENT (kod res. 02)

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  
ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

### 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 może 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.

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) o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/a z całym przebiegiem proponowanego leczenia;
  - d) o konieczności stosowania się do zaleceń lekarskich pozabiegowych, w tym o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej (zalecenia zostaną wydane pacjentowi w formie pisemnej informacji);
  - e) o konieczności stosowania ewentualnej zaleconej przez lekarza farmakoterapii;
  - f) w szczególności zostałem poinformowany, że:
    - w przypadku niedostatecznego utrzymania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek, co w konsekwencji może prowadzić do konieczności dodatkowego leczenia;
    - w przypadku innych braków zębowych konieczne jest ich bezzwłoczne uzupełnienie;
    - plan leczenia może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności – o których pacjent zostanie poinformowany i jeżeli wyrazi na to zgodę;
    - palenie tytoniu ma niekorzystny wpływ na proces gojenia rany;
    - po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłoszenia się na wizyt kontrolnych w terminie zaleconym przez lekarza;
  - g) o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego oraz leczniczego, które obejmują:
    - h) oraz o związanym z tymi metodami ryzyku;
    - i) o możliwości zaniechania leczenia implantologicznego i jego konsekwencjach;
    - j) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie leczenia implantologicznego a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
    - k) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
- o możliwości zadania pytań i zgłaszania wątpliwości personelowi medycznemu w zakresie ww. leczenia;
  - 5) otrzymałem/am plan leczenia, który stanowi integralną część niniejszej zgody, wraz z kosztorysem i rozumiem jego treść;
  - 6) zgłosiłem/am personelowi medycznemu wszystkie wątpliwości i zadałem/am wszystkie nurtujące mnie pytania dotyczące ww. leczenia oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;
  - 7) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. leczenia nie są zagwarantowane;

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE  
IMPLANTOLOGICZNE**

Data wydruku: 21-03-2022

**ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,  
REGON: 38580640800013**  
Kod Res.:000000228432  
TULIDENT (kod res. 02)  
ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  
ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

8) mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego;

9) 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 :

.....  
data, podpis i pieczęć lekarza

.....  
data i czytelny podpis pacjenta

**VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO:**

1. Przewidywane koszty leczenia:

A. Etap chirurgiczny:

B. Etap protetyczny: zgodnie z planem leczenia

2. Warunki płatności: Płatność zostanie uiszczona po wykonaniu leczenia implantologicznego.

3. Oświadczenia pacjenta: Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności w pełni je akceptuję;

2. zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku niewgojenia się implantu lekarz może podjąć próbę ponownego zabiegu implantacji, jeżeli warunki i stan zdrowia pacjenta będą na to pozwalające (pod warunkiem uzyskania zgody pacjenta) – powtórny zabieg wprowadzenia implantu będzie wówczas bezpłatny, a wszystkie inne koszty obciążać będą pacjenta;

3. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu ponosi pacjent;

4. rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów leczenia (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;

5. 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 TAJEMNICY LEKARSKIEJ.**

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)