

**Zgoda przedstawiciela ustawowego na leczenie
ekstrakcję zęba/korzenia zęba mlecznego do 16 lat**

Data wydruku: 30-05-2023

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,

**ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA LECZENIE EKSTRAKCJĘ (USUNIĘCIE) ZĘBA/KORZENIA ZĘBA MLECZNEGO
(PACJENT DO 16 LAT)**

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. EKSTRAKCJA (USUNIĘCIE):

Planowane leczenie dotyczy ekstrakcji/usunięcia (należy zaznaczyć właściwe):

zęba/zębów:

korzenia/korzeni:

Leczenie to obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: Ekstrakcja jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na bezpowrotnym usunięciu zęba/zębów lub korzenia/korzeni, przy użyciu instrumentarium chirurgicznego. Zwykle wykonywana jest, kiedy dostępne metody leczenia zachowawczego okazały się nieskuteczne lub gdy zniszczenie tkanek zęba jest tak zaawansowane, że nie ma możliwości jego leczenia i trwałej odbudowy. Możliwa jest również ekstrakcja zęba zdrowego, w czasie przygotowania jamy ustnej do leczenia protetycznego lub jako element leczenia ortodontycznego. Rana poekstrakcyjna zaopatrywana jest jałowym tamponem z gazy. Zębodół po ekstrakcji wypełnia się krwią zamieniającą się w skrzep, dzięki któremu następują procesy gojenia i powstawania tzw. „blizny kostnej”. Skrzep jest niezbędny do prawidłowego przebiegu procesu gojenia i dlatego nie należy go usuwać. Najczęściej dyskomfort powinien zmniejszyć się w ciągu trzech dni do dwóch tygodni. Niekiedy zabieg ekstrakcji wymaga zastosowania farmakoterapii (przed, w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu). Może także wystąpić reakcja alergiczna na stosowane w trakcie leczenia materiały/narzędzia.

Możliwe powikłania:

Leczenie chirurgiczne wiąże się też z możliwością wystąpienia powikłań w postaci: obrzęku, krwawienia, zasinienia, dolegliwości bólowych, stanu zapalnego, utrudnionego gojenia rany, które może prowadzić do powstania „suchego zębodołu”(utrudnione gojenie spowodowane utratą skrzepu), uszkodzenia nerwu, zaburzenia czucia, szczękościsku, uszkodzenia zębów sąsiadujących.

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

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.

Dodatkowe uwagi:

**Zgoda przedstawiciela ustawowego na leczenie
ekstrakcję zęba/korzenia zęba mlecznego do 16 lat**

Data wydruku: 30-05-2023

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

IV. OŚWIADCZENIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu zdrowia pacjenta według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu zdrowia pacjenta zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
 - a) o stanie zdrowia pacjenta;
 - 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 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;
 - plan leczenia może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności – o których przedstawiciel ustawowy pacjenta zostanie poinformowany i jeżeli wyrazi na to zgodę;
 - po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłoszenia się na wizyt kontrolnych w terminie zaleconym przez lekarza;
 - g) o możliwości zaniechania leczenia chirurgicznego i jego konsekwencjach;
 - h) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie leczenia chirurgicznego a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
 - i) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
 - j) 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 PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

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

- ekstrakcję (usunięcie)
 znieczulenie
 badanie RTG/CBCT

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta, o którym mowa w pkt I i mam prawo wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego objętego tym formularzem (proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)*:

- rodzic
 opiekun prawny

.....
IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

.....
data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

- 1) **PRZEWIDYWANE KOSZTY LECZENIA:** ...;
- 2) **WARUNKI PŁATNOŚCI:** Płatność zostanie uiszczona po wykonaniu leczenia chirurgicznego.
- 3) **OŚWIADCZENIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA:**

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

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

**Zgoda przedstawiciela ustawowego na leczenie
ekstrakcję zęba/korzenia zęba mlecznego do 16 lat**

Data wydruku: 30-05-2023

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

2. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu nie zostały uwzględnione w ww. kosztach leczenia i nie obciążają podmiotu leczniczego;

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 przez pacjenta zaleceń lekarza.

.....
(data, podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta)

VII. ZGODA NA UJAWNIE NIE TAJEMNIC Y 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 osoby pacjenta**, 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 przedstawiciela ustawowego pacjenta)