

UMOWA / ZGODA NA ZABIEG IMPLANTACYJNY

Ja,ur.
Wyrażam zgodę na operacyjne wszczepienie implantów zębowych u mnie (mojego syna/
mojej córki)
.....ur.

1. Zostałem/łam poinformowany/a o istocie i technice zabiegu implantacyjnego i rozumiem przebieg postępowania chirurgicznego.
2. Zapewniono mnie, że leczenie tą metodą jest szeroko praktykowane w świecie.
3. Wyjaśniono mi również, iż postępowanie to nie zawsze gwarantuje stałe utrzymanie implantów, bowiem w niewielkim procencie przypadków i w różnym czasie może dojść do ich utraty. W przypadku niepowodzenia implant musi być natychmiast usunięty. Czas usunięcia określi lekarz.
4. Poinformowano mnie także o innych alternatywnych metodach leczniczych, jakie mogą być zastosowane.
5. Wyjaśniono mi ryzyko związane z zabiegiem implantacyjnym. Wiem, że mogą wystąpić powikłania, jak przy każdym zabiegu chirurgicznym, przy każdym znieczuleniu miejscowym lub przy dodatkowym podawaniu leków (obrzęki bóle infekcyjne, zaburzenia czucia, alergiczne reakcje na leki lub środki miejscowo znieczulające.)
6. Decyzje wyboru systemu implantologicznego pozostawiam zespołowi lekarskiemu. Wiem, że dopiero podczas zabiegu może okazać się konieczne poszerzenie jego zakresu lub zmiana zaplanowanych etapów, co wiąże się z dodatkowymi kosztami.
7. Poinformowano mnie, że warunkiem powodzenia implantacji jest utrzymanie prawidłowej higieny jamy ustnej i przestrzeganie regularnych badań kontrolnych.
8. Otrzymałem/łam ankietę od lekarza z informacjami o postępowaniu po zabiegu operacyjnym.
9. Ujawniłem/łam wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości. O wszelkich zmianach w/w natychmiast powiadomię lekarza prowadzącego.
10. Zgadzam się na wykonanie zdjęć RTG i fotografii podczas zabiegu chirurgicznego i w trakcie dalszych badań.
11. Wiem, że mogę odwołać zgodę na zabieg.
12. Rozumiem, że leczenie implantoprotetyczne nie jest objęte ubezpieczeniem zdrowotnym i jako takie nie jest refundowane przez kasę chorych. Ich koszt pokrywa pacjent.

Zgadzam się zarówno na przewidziane środki i metody leczenia, jak też na ewentualne konieczne zmiany i poszerzenie zakresu zabiegu.

Miejscowość, data,

Podpis lekarzy

.....

Podpis pacjenta