

## Zgoda pacjenta na leczenie endodontyczne

.....  
Imię i nazwisko oraz PESEL

Niniejszym wyrażam zgodę na leczenie endodontyczne zęba/zębów .....  
przez lek. dent. ....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) pisemnie informacji co do mojego aktualnego stanu zdrowia – zgodnie z:

- ankietą zdrowia stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia TAK/NIE
- ankietą zdrowia w dokumentacji pacjenta bez zmian TAK/NIE
- nie znam żadnych przeciwwskazań medycznych TAK/NIE

U pacjentów po transplantacji konieczne jest zastosowanie osłony antybiotykowej (podczas zabiegu dochodzi do kontaktu bakterii z krwią). Pacjent, niezależnie od odpowiedzi na pytania ankiety medycznej, musi poinformować lekarza o przebytych zabiegach transplantacji.

Oświadczam, że miałem(-am) wykonywany zabieg transplantacji TAK/NIE

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego pisemnie. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o tym, że:

- 1) leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba ma na celu zachowanie i utrzymanie zęba, który w przeciwnym wypadku musiałby być usunięty;
- 2) planowe leczenie kanałowe przeprowadza się również jako przygotowanie do leczenia protetycznego;
- 3) leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli komory zęba i kanałów korzeniowych, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i trwałe wypełnienie tej przestrzeni materiałem leczniczym;
- 4) ze względu na skomplikowaną budowę anatomiczną zębów i tkanek otaczających, leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne już w trakcie podjętych procedur, lub po zakończeniu leczenia;
- 5) o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań:
  - a) w przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości istnieje zwiększone ryzyko powikłań;
  - b) podczas leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność celowego zniesienia części korony zęba, by umożliwić prawidłowe wykonanie tego leczenia;
  - c) podczas leczenia może dojść do złamania korony zęba;
  - d) podczas leczenia może dojść do złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego (bez możliwości jego usunięcia) oraz przepchnięcia materiału uszczelniającego poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia fragmentu zęba;
  - e) w trakcie leczenia kanałowego zęba z założoną koroną protetyczną dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia tej korony lub zachodzi konieczność jej usunięcia; korona w takiej sytuacji zostaje nieodwracalnie zniszczona. W takiej sytuacji lekarz nie zwraca kosztów wykonania nowej korony, ani nie wykonują jej bezpłatnie. W tym zakresie pacjentowi nie przysługują jakiegokolwiek roszczenia;
  - f) w czasie leczenia, a zwłaszcza po jego zakończeniu mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych;
  - g) w niektórych przypadkach w czasie leczenia może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (ból samoistny zębów, obrzęk, wysięk surowiczy lub ropny, uczynnienie przetoki). Może to wymagać zastosowania leku przeciwzapalnego lub antybiotykoterapii;

- h) mimo przeprowadzonego leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność wykonania zabiegu chirurgicznego, np. odcięcia wierzchołka korzenia lub całego korzenia, lub – w przypadku niepowodzenia tego leczenia – konieczność usunięcia zęba;
- i) może wystąpić ból zęba lub tkanek otaczających, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki, zaostrzenie współistniejących schorzeń, dyskomfort i stres spowodowany bólem, konieczność przyjmowania leków (mających wpływ na samopoczucie, możliwość kierowania pojazdem, a także powikłania dla kobiet w ciąży);
- j) w przypadku gdy korona zęba jest bardzo zniszczona, konieczna jest tymczasowa odbudowa korony przed rozpoczęciem leczenia kanałowego, co jest również związane z dodatkowymi kosztami;
- k) obecność złamanego narzędzia uniemożliwia niekiedy prawidłowe opracowanie kanału, może powodować dolegliwości bólowe i ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia wierzchołka korzenia;
- l) istnieje ryzyko niemożności opracowania kanału w całości na skutek jego zwapnienia lub wcześniejszego nieprawidłowego leczenia;
- m) istnieje niebezpieczeństwo perforacji (przedziurawienia) ściany kanału lub komory miazgi zęba, czego następstwem może być konieczność dodatkowego zabiegu zamknięcia perforacji, a w razie jego nieskuteczności – usunięcie zęba;
- n) w przypadku leczenia zębów ze zmianami okołowierzchołkowymi istnieje ryzyko, że mimo prawidłowo przeprowadzonego leczenia, zmiany te nie ulegną wygojeniu, postępowanie w takich przypadkach polega na usunięciu wierzchołka korzenia wraz ze zmianami lub usunięciu całego korzenia lub połowy zęba (dotyczy zębów wielokorzeniowych);
- o) po leczeniu endodontycznym konieczna jest jak najszybsza, trwała rekonstrukcja zęba ze względu na wysokie ryzyko złamania osłabionej korony zęba. Przy niewielkim stopniu uszkodzenia korony zęba wystarcza odbudowa za pomocą wypełnienia, co związane jest z dodatkowymi kosztami;
- p) jeśli ząb jest mocno zniszczony, konieczna jest odbudowa protetyczna najczęściej za pomocą wkładu koronowego (INLAY), wkładu koronowo-korzeniowego, korony protetycznej, ONLAYA/overlaya, czyli nakładu, endokorony, co związane jest z dodatkowymi kosztami w zależności od wyboru odbudowy protetycznej. Wykonanie odbudowy może przeciwdziałać wtórnej infekcji oraz mechanicznym urazom leczonego zęba;
- q) niekiedy trzeba przeprowadzić ponowne leczenie kanałowe (reendo) w sytuacji występowania dolegliwości bólowych ze strony zęba leczonego kanałowo, widocznego na zdjęciu rentgenowskim nieprawidłowego wypełnienia kanałów korzeniowych, gdy ząb jest przeznaczony do leczenia protetycznego (korony protetyczne, wkłady koronowo-korzeniowe, mosty), występowania widocznych na zdjęciu rentgenowskim zmian w kości, które nie wygoiły się po leczeniu kanałowym;
- r) ząb leczony kanałowo to ząb martwy, czego objawami i skutkami jest ciemniejsza barwa oraz brak reakcji na zmiany temperatury; martwe zęby – nieleczone lub po nieprawidłowym leczeniu kanałowym są potencjalnym ogniskiem infekcji i zakażenia innych narządów.

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o tym, że w trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich, oraz o tym, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne, w trakcie których będzie wykonane zdjęcie RTG, w terminach zaleconych przez lekarza.

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o kosztach leczenia i akceptuję je.

Całkowity koszt leczenia endodontycznego / reendo wraz z wypełnieniem / uzupełnieniem protetycznym opisanym wyżej to kwota całkowita ....., słownie .....

Kwotę powyższą akceptuję i wiem, że nie obejmuje kosztów resekcji / zniszczonej korony protetycznej i

zdjęć wykonanych podczas kontroli po zakończeniu leczenia lub ekstrakcji zęba w przypadku niepowodzenia leczenia. W przypadku wystąpienia sytuacji, które powodować będą podniesienie kosztów, zobowiązuję się je pokryć w całości.

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć radiologicznych i fotograficznych w zakresie objętym leczeniem.

Powyższą zgodę i zawarte w niej informacje przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am), uzyskałem(-am) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem(-am) poinformowany(-a) 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 leczenie endodontyczne jest wykonywane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

Miałem(-am) możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem(-am) wyjaśnienia.

Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji leczenia (zmiany metody leczenia lub poszerzenia lub zmniejszenia zakresu). Rozumiem, że podczas udzielania świadczenia medycznego komunikacja lekarza ze mną może być utrudniona – dlatego w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.

Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.

W związku z powyższym po zapoznaniu się i zrozumieniu treści powyższej zgody oraz uzyskaniu jasnych i zrozumiałych dla mnie informacji dodatkowych zgodnie z art. 31–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 125) oraz art. 15–19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.) **wyrażam zgodę na leczenie endodontyczne** wyżej zaproponowane.

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, w takim przypadku uczynię to pisemnie i będzie ono skuteczne od dnia doręczenia tegoż oświadczenia. W sytuacji gdy przerwę leczenie lub nie zgłoszę się na wyznaczone terminy wizyt, wszystkie negatywne konsekwencje, które w związku z tym mogą wystąpić lub wystąpią, obciążą wyłącznie mnie, tak jak i koszty związane z wystąpieniem negatywnych konsekwencji przerwania leczenia lub niezgłoszenia się na wyznaczone terminy wizyt.

.....  
*podpis i pieczęć lekarza dentysty*

.....  
*czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /  
przedstawiciela ustawowego pacjenta,  
data, miejscowość*