

## Zgoda pacjenta na implantacje wszczepów stomatologicznych

.....  
Imię i nazwisko oraz PESEL

Zgodnie z art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 125) wyrażam zgodę na leczenie chirurgiczne – **WSZCZEPIENIE IMPLANTÓW**, przez lek. dent. ....

Zostałem(-am) poinformowany(-na) o zakresie leczenia poniżej wyszczególnionym.

.....  
Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta projekt zabiegu:

.....  
.....  
.....

Rodzaj implantów:

..... ewentualnie .....

Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta projekt uzupełnień protetycznych:

.....  
.....  
.....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego 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

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że ww. dane są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej. Oświadczam, że zostałem(-am) pouczony(-a) o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

Proszę w dniu zabiegu i w ciągu 2 kolejnych dni:

- nie palić,
- nie pić alkoholu,
- nie wykonywać żadnego wysiłku fizycznego,
- ograniczyć mówienie,
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie,
- po jedzeniu przepłukiwać krótko jamę ustną zimną wodą lub zaleconą przez lekarza płukanką,
- nie dotykać okolic zabiegu,
- utrzymywać zalecaną higienę jamy ustnej.

Znieczulenie miejscowe może osłabić Pana/Pani zdolność reakcji w ruchu ulicznym. Jeżeli lekarz nie zalecił inaczej, w ciągu 2–6 godzin po podaniu znieczulenia nie powinien/-inna Pan/Pani prowadzić pojazdów

mechanicznych ani jeździć rowerem. W ciągu 2 tygodni po zabiegu, chyba że lekarz zaleci inaczej, proszę nie uprawiać sportu wyczynowego oraz unikać ekstremalnych obciążeń klimatycznych (jazda na nartach, podróż w tropiki). Proszę natychmiast zgłosić się na wizytę, jeśli wystąpią niecodzienne odczucia w miejscu zabiegu.

1. W dniu ..... została przeprowadzona rozmowa informacyjna z pacjentem/pacjentką na temat implantacji wszczepów, materiałów kośćcozastępczych. Omówione zostały przy tym różne systemy implantologiczne pod względem przydatności w danym indywidualnym przypadku.

2. Został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.

3. Po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję świadomą decyzję o poddaniu się zabiegowi.

4. Objaśniono mi przypadki, w których komplikacje doprowadziły do utraty implantu.

Przyjmuję do wiadomości, że lekarz ani placówka nie mogą gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników, w tym cech osobniczych Pacjenta, stanu zdrowia Pacjenta, przebytych chorób oraz postępowania Pacjenta po zabiegu. Wyjaśniono mi, że zaproponowane leczenie jest od wielu lat z powodzeniem praktykowane, aczkolwiek metoda ta nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantów. Nie jest możliwe ustalenie za pomocą metod współczesnej diagnostyki potencjalnych zdolności gojenia tkanki kostnej i chrzęstowej. W niewielkim odsetku przypadków z różnych przyczyn może dojść do stopniowej utraty kości, wszczepu.

5. Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem(-am) pouczony(-a) o:

- a) moim stanie zdrowia i rozpoznaniu;
- b) proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych;
- c) dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania;
- d) możliwych wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- e) wszelkich okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi;
- f) skutkach i ryzyku związanym z odmową zgody na dane świadczenia.

6. W przypadku braku zrozumienia informacji przekazywanych mi (Pacjentowi) przez lekarza lub personel medyczny zobowiązuję się do złożenia lekarzowi prowadzącemu informacji o ww. braku zrozumienia na piśmie do wiadomości.

7. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań po zabiegu, jak również lekarz zalecił mi sposób zachowania się po zabiegu oraz oświadczam, że została mi przekazana pisemna instrukcja: „Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu”.

8. Zdając sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia, zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem(-am) wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane aktualnie leki.

9. Wiem, że ostateczny wynik leczenia i jego trwałość w dużym stopniu uzależniony jest od postępowania Pacjenta w okresie pooperacyjnym i później, a w szczególności od:

- a) niepalenia papierosów, które w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia, ponieważ palenie papierosów jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu;
- b) zgłaszania się do okresowych kontroli, tzn. w pierwszym miesiącu po skończonym leczeniu, a następnie raz na pół roku – jest to niezbędnym wymogiem w procesie leczenia;
- c) rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.

10. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu może zaistnieć potrzeba zmiany koncepcji zabiegu (poszerzenia lub zmniejszenia zakresu) i wyrażam zgodę na konieczną zmianę koncepcji zabiegu oraz w przypadku poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zgodnie z załączoną umową.

11. Zostałem uprzedzony, że okres integracji implantów z kością wynosi .....

12. Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej wymienionych świadczeń medycznych przez lekarza prowadzącego. ....

13. Oświadczam, że otrzymałem dostęp do informacji o prawach Pacjenta.

14. W przypadku braku oseointegracji implantu .....

15. Pacjent ponosi koszty dojazdu w celu wykonania proponowanego zaakceptowanego leczenia, jak również wizyt kontrolnych oraz wizyt, które będą podyktowane względami medycznymi. Do kosztów tych zaliczają się m.in. koszty przejazdu własnym środkiem transportu, samolotem, pociągiem itp., koszty zakwaterowania w hotelu, pensjonacie itp., wszelkie koszty pobytu Pacjenta wraz z osobami mu towarzyszącymi przez czas, który będzie niezbędny lub konieczny dla prawidłowego leczenia. Koszty te nie są wliczane do kosztów leczenia i w żadnym przypadku nie obciążają lekarza i jednostki.

16. Pacjent/Pacjentka został(-a) poinformowany(-a) o kosztach zabiegu opisanego w niniejszej zgodzie, które wynoszą ..... (słownie: .....), które zostaną zapłacone w całości: gotówką / przelewem / kartą kredytową w dniu ZABIEGU.

W przypadku braku wpłaty zabieg nie będzie wykonany.

Oświadczam, że lekarz przeprowadził dzisiaj ze mną rozmowę objaśniającą, podczas której otrzymałem(-am) odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie zagadnienia. Nie mam żadnych dalszych pytań i nie potrzebuję dodatkowego czasu do namysłu. Oświadczam, że ww. oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie z stanem faktycznym. Nie wnoszę zastrzeżeń ani uwag.

Świadom korzyści i ewentualnych komplikacji wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w ww. planowanym zakresie.

Załączniki:

- ankieta zdrowia;
- informacje o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu;
- umowa.

.....  
*podpis i pieczętka lekarza dentysty czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego pacjenta*

.....  
*czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat*

*miejsowość, data* .....

Informacja lekarza o przebiegu zabiegu wykonanego w dniu .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
*podpis i pieczętka lekarza*

Miejsce na metryki użytych materiałów, w tym implantów:

.....  
.....  
.....

### **Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu**

W celu lepszego przebiegu procesu gojenia się po zabiegu, proszę o przestrzeganie następujących wskazówek:

- w dniu operacji i 2 dni po operacji nie palić i nie nadużywać alkoholu;
- nie podejmować żadnego wysiłku fizycznego;
- jeść i pić dopiero po upływie czasu działania miejscowego znieczulenia;
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie;
- nie gryźć w okolicach zabiegu;
- dbać o pozostałe zęby, stosując ścisłą higienę jamy ustnej;
- usta w okolicy rany tylko przepłukiwać;
- w czasie po zabiegu nie używać elektrycznej szczoteczki do zębów w okolicy rany;
- po jedzeniu przepłukać krótko jamę ustną zimną wodą lub płukanką zaleconą przez lekarza;
- nie dotykać okolic zabiegu palcami ani językiem;
- przy ewentualnych krwotokach skontaktować się natychmiast z lekarzem dentystą .....
- w okolicy miejsca zabiegu, policzka i podbródka może wystąpić obrzęk, który po kilku dniach zniknie, złagodzenie tych objawów można uzyskać, stosując zimne okłady zgodnie z zaleceniami lekarza.

Po zabiegu implanty zostają najczęściej natychmiast prowizorycznie zaopatrzone. Ostateczne zabezpieczenie następuje dopiero po upływie od 10 do 28 tygodni po zabiegu. Przy implantach dwufazowych, które zaszyto, tj. kiedy implant nie wystaje z błony śluzowej, implanty zostaną zabezpieczone śrubami zablizniającymi zwykle po upływie od 10 do 28 tygodni. Dopiero później następuje właściwa rekonstrukcja protetyczna.

Ważne jest, żeby implanty były równomiernie obciążone. W razie gdyby Pan/Pani zauważył(-a), że prowizoryczne zabezpieczenia implantów (korona, most tymczasowy) ruszają się (na skutek przedwczesnego kontaktu zębów), proszę natychmiast zgłosić się na wizytę.

Niniejszym oświadczam, że powyższa informacja jest dla mnie zrozumiała i nie mam pytań w tym zakresie.  
Zapoznałem(-am) się:

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

.....  
*czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat, data*

### **Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją**

Droga Pacjentko, drogi Pacjencie, badanie wykazało, że poprzez implantację jednego lub więcej sztucznych korzeni zęba (implantów), Pani/Pana zdolność do żucia pokarmów może zostać odtworzona lub poprawiona. Implantacja wszczepów może być także dobrym rozwiązaniem ze względów estetycznych. Implantowane wszczepy po osteointegracji (zrośnięcia się z kością) posłużą do umocowania koron, mostów lub protez. Implanty, które wykonane są z tytanu, mogą funkcjonować 10 i więcej lat. Nie można jednak udzielić gwarancji na tak długi okres. Przewidziany dla Pani/Pana najkorzystniejszy typ implantu zostanie wybrany po wykonaniu odpowiednich pomiarów i badań szczęk.

Przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego, rzadziej pod narkozą ogólną, otwiera się dziąsło w okolicy implantacji, aby odsłonić kość. Przy pomocy wiertel tworzy się łożę, w którym zostanie osadzony implant. Implant może zostać wszczepiony bezpośrednio w miejsce po utraconym zębie. Na koniec dziąsło zostanie zaszyte. Czasami okazuje się podczas operacji, że implantacja nie jest możliwa. Zabieg zostaje wtedy przerwany, a rana zamknięta za pomocą szwów.

W czasie wgajania się implantu nie można go obciążać ani żuć w tym miejscu, aby proces wgajania się nie został zagrożony. Po wgojeniu się implantu konieczna może się okazać plastyka dziąsła nad implantem w celu wykonania pracy implantoprotetycznej. Przy korzystnych warunkach anatomicznych, zgryzowych i z zachowaniem odpowiedniego protokołu postępowania można wprowadzać implanty natychmiastowe i obciążać je natychmiastowo.

Żaden lekarz nie może zagwarantować sukcesu swojego leczenia ani wykluczyć wystąpienia ryzyka. Ogólne zagrożenia przy tego rodzaju zabiegach operacyjnych, jak np. infekcje, występują rzadko. Dzięki postępowi w medycynie możemy z góry temu przeciwdziałać. Po zabiegu mogą przejściowo wystąpić obrzęki policzka lub warg. Bóle pooperacyjne występują rzadko.

Czasami należy otworzyć jamę zatoki szczękowej, która znajduje się w pobliżu okolicy implantacji. Najczęściej implant przyjmuje się bez szkodliwych następstw. Bardzo rzadko dochodzi do zapalenia jamy nosowej lub jamy zatoki szczękowej, które wymagają leczenia.

W obrębie zębów trzonowych żuchwy może w rzadkich przypadkach zostać uszkodzony nerw zębodołowy dolny. Bardzo rzadko może dojść do trwałych zaburzeń czucia w obrębie wargi dolnej (drętwienie). Nie występuje jednak upośledzenie ruchomości warg.

W pojedynczych przypadkach implanty nie przyjmują się. Występuje ich nadmierna ruchomość w okresie wgajania się i muszą zostać usunięte lub też implantację przeprowadza się powtórnie.

Zapoznałem(-am) się z informacją:

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

.....  
*czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat, data*