

Łódź dnia:

Imię:  
Nazwisko:  
Data urodzenia:  
Adres:

### OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na leczenie operacyjne z wykorzystaniem wszczepów śródkostnych uzupełniających braki uzębienia w znieczuleniu miejscowym.

Zostałem (am) poinformowany (a):

1. O istocie i technice zabiegu implantacji, a także koniecznych zabiegach i postępowaniach okołimplantacyjnych, oraz że rozumiem przebieg i cel przedstawionego mi postępowania leczniczego. W trakcie przedstawianych mi wyjaśnień miałem(-am) nieskrępowaną możliwość zadawania pytań i otrzymałem (-am) na nie zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.
2. O możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem i przebiegiem gojenia.
3. O tym, że powodzenie samego zabiegu jak i okres przetrwania wszczepu w jamie ustnej są niemożliwe do przewidywania w pojedynczym przypadku. Prognozowanie jest oparte na danych statystycznych.
4. O tym, że w trakcie zabiegu może wystąpić konieczność zmiany jego zakresu lub planowanych etapów leczenia, a także konieczność przeprowadzenia dodatkowych badań i procedur, i że o wszelkich tych zmianach, jak również związanych z tymi zmianami kosztach, zostanę poinformowany(-na).
5. O tym, że podstawowym warunkiem długotrwałego utrzymania implantów jest systematyczne przestrzeganie prawidłowej higieny jamy ustnej zgodnie z otrzymanymi wskazaniami lekarskimi oraz odbywanie regularnych badań kontrolnych.
6. O kosztach leczenia, które akceptuję i zobowiązuje się zapłacić.

Przyjmuję do wiadomości zapewnienie, iż zaproponowany mi przebieg leczenia jest zgodny ze standardami postępowania medycznego, a decyzję wyboru systemu implantologicznego pozostawiam lekarzowi prowadzącemu leczenie.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich oraz do zgłaszania się na wizyty kontrolne zgodnie z przedstawionym mi harmonogramem bez wezwania.

Stwierdzam, że wyjaśnienia udzielone mi na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia, a także możliwych powikłań były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.

Wyrażam również zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Znane mi jest przysługujące mi prawo odwołania zgody na przeprowadzenie zabiegu implantacji.

Podpis pacjenta

Podpis lekarza

.....

.....