

Szczecin

Zgoda Pacjenta
na implantację wszczepów stomatologicznych _____

nr/

Pacjent:

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania: _____

PESEL _____

Tel. _____

e-mail _____

Klinika / Podmiot Leczniczy:

Nazwa zakładu Stomatologia na Podzamczu - Tomasz Cegielski

Adres siedziby: ul. Wielka Odrzańska 31b

NIP 851-173-35-35

Tel. 91 8128888

e-mail rejestracja@implantologia.szczecin.pl

Dane lekarza prowadzącego:

Imię i nazwisko Tomasz Cegielski

Zgoda Własna Pacjenta

Zgoda wyrażona przez samego Pacjenta w własnym imieniu _____

Rekomendowany zakres zabiegu:

Rekomendowane miejsce implantacji (ilość implantów):

Elementy kosmetyczne w strefie estetycznej

Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta zakres zabiegu:

Przewidywany typ implantu:

Przewidywane miejsce implantacji:

Dodatkowe ustalenia:

Dodatkowe ustalenia – protetyka:

W przypadku różnic między rekomendowanym i planowanym (zaakceptowanym przez PACJENTA) zakresem zabiegu. Oświadczam, że zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

.....
czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciel prawnego

.....
podpis lekarza prowadzącego - przyjmującego oświadczenie Pacjenta

Oświadczenie Pacjenta

Oświadczam, co następuje:

1. Przed podpisaniem niniejszej zgody została przeprowadzona rozmowa informacyjna pomiędzy wyżej wymienionym Pacjentem (w razie potrzeby z jego prawnym przedstawicielem) nt. implantacji wszczepów względnie materiałów kośćcozastępczych. Omówione zostały przy tym różne systemy implantologiczne pod względem przydatności w danym indywidualnym przypadku.

2. Za pomocą materiałów informacyjnych, zdjęć rentgenowskich i fotografii wcześniej leczonych przypadków i możliwych koncepcji leczenia, został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.

3. Po omówieniu innych metod leczenia w postaci konwencjonalnych rozwiązań protetycznych i po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję decyzję o poddaniu się zabiegowi.

4. Objąsniiono mi przypadki, w których komplikacje mogą doprowadzić do utraty implantu. Przyjmuję do wiadomości, że lekarz ani klinika nie może 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 dżiąsła. W niewielkim odsetku przypadków z różnych przyczyn, może dojść do ich stopniowej utraty.

5. Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem pouczony o:
- a. Moim stanie zdrowia i rozpoznaniu,
 - b. Proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych,
 - c. Dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania,
 - d. 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 kierownika placówki tj. tego Zakładu Opieki Zdrowotnej.

7. Oświadczam, że moje ewentualne oczekiwania lub wnioski, do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego, zostanie złożony na piśmie.

8. Zostałem poinformowany 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”.

9. Mając świadomość ewentualnych komplikacji nawet w razie niepowodzenia zabiegu i utraty implantu zobowiązuję się że nie będę występować z roszczeniem o odszkodowanie ani zwrot kosztów z tytułu nie osiągnięcia oczekiwanych efektów, w stosunku do lekarza, który przeprowadził zabieg ani w stosunku do kliniki, w której przeprowadzono zabieg. Ww. nie zamyka prawa Pacjenta do dochodzenia roszczeń z tytułu ewentualnych szkód osobowych lub rzeczowych na podstawie zwykłej (nierozszerzonej) odpowiedzialności cywilnej lekarza lub przychodni.

10. Zdając sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia implantologicznego zapewniam, że w mojej historii choroby/wywiadzie ujawni(a)em wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane aktualnie leki.

11. 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. Nie palenia papierosów, które w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia, ponieważ palenie papierosów jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu implantoprotetycznym;

b. Zgłaszania się do okresowych kontroli, tzn. w pierwszym miesiącu po skończonym leczeniu a następnie raz na pół roku- bez wezwania. Jest to niezbędnym wymogiem w procesie leczenia;

c. Rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.

12. Zostałem poinformowany, że w drugim etapie leczenia po operacji, część protetyczną i chirurgiczną pozabiegową należy wykonać w klinice, w której została wykonana implantacja. W innym przypadku klinika, w której została wykonana implantacja nie przejmuje odpowiedzialności za dalszy przebieg leczenia.

13. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu operacyjnego 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 dostępnym cennikiem.

14. Zostałem uprzedzony, że okres integracji implantów z kością wynosi 4-7 miesięcy. Na wypadek gdyby w tym czasie wystąpiła potrzeba ich usunięcia omówiono ze mną warunki oraz koszty ponownego założenia implantu.

15. Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej wymienionych świadczeń medycznych przez lekarza prowadzącego oraz każdego innego lekarza i personel medyczny (zgodnie z jego kwalifikacjami) tego Podmiotu Leczniczego. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że pod pojęciem „lekarze i personel medyczny tego Podmiotu Leczniczego” rozumie się wszystkie osoby świadczące usługi zdrowotne w pomieszczeniach tego Podmiotu Leczniczego za zgodą kierownika tej placówki, bez względu na formę zatrudnienia czy współpracy.

16. Wyrażam zgodę na obecność podczas udzielanych mi (Pacjentowi) świadczeń zdrowotnych stażystów lub innych lekarzy czy personelu dla potrzeby dydaktycznych pod warunkiem, że przebywają tam za zgodą kierownika placówki.

17. Oświadczam, że otrzymałem dostęp do informacji o prawach Pacjenta – załącznik do cennika – dostępny w poczekalni.

18. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie dokumentacji o moim (Pacjenta) stanie zdrowia w pomieszczeniach tego Podmiotu Leczniczego oraz na wgląd w ww. dokumentację dowolnych lekarzy i personelu medycznego tego Podmiotu Leczniczego.

19. Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez lekarza prowadzącego zdjęć medycznych, RTG, opisów mojego przypadku do prac naukowych i szkolenia, prezentacji wykładów, publikacji naukowych.

20. Oświadczam, że są mi znane i akceptuję warunki umieszczania / pozostawiania odzieży wierzchniej w poczekalni, która jest miejscem ogólnie dostępnym. Przyjąłem do wiadomości i akceptuję, że lekarze oraz personel Podmiotu Leczniczego zajmują się i są skoncentrowani na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tym samym lekarze ani personel nie mogą zajmować się opieką nad odzieżą lub innymi przedmiotami pozostawionymi w poczekalni.

21. W związku z powyższym:

a. Zobowiązuję się do nie pozostawiania w poczekalni bez mojego nadzoru teczek, toreb, torebek, dokumentów, wartości pieniężnych, innych przedmiotów wartościowych, kart płatniczych, biżuterii, kluczyków do pojazdów ani kluczy do mieszkań lub innych podobnych przedmiotów.

b. W przypadku potrzeby zabezpieczenia przed utratą ww. przedmiotów lub odzieży wierzchniej, podczas udzielania mi (Pacjentowi) świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do poinformowania o ww. lekarza lub personel i powierzenia im ww. rzeczy na przechowanie w odrębnym niż poczekalnia pomieszczeniu lub zamkniętej szafie.

c. Zrzekam się roszczeń do Podmiotu Leczniczego w przypadku utraty odzieży lub innych przedmiotów wynikającej z nieprzestrzegania przeze mnie ww. zapisów.

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.

W załączeniu:

- 1) Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu;
- 2) Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją;
- 3) Umowa na wykonanie implantacji wszczepów stomatologicznych;

.....
czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych zawartych w „zgodzie Pacjenta” oraz danych o stanie zdrowia, zdjęć i dokumentacji medycznej (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami), do celów wykonania zabiegów medycznych, planowania, obsługi przyszłych i obecnych umów / świadczeń, z których korzystam lub będę korzystał w ww. Klinice / Podmiocie leczniczym. Dane nie będą nikomu udostępniane z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji. Udzielającemu pełnomocnictwa przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

.....
czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

.....
podpis lekarza prowadzącego - przyjmującego oświadczenie Pacjenta

Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu i innych zabiegach chirurgicznych w obrębie jamy ustnej

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

- przyjmować przepisane leki
 - antybiotyk.....
 - leki przeciwbólowe i/lub przeciwzapalne.....
 - kilka razy dziennie a szczególnie po jedzeniu przepłukać delikatnie jamę ustną płukanką zaleconą przez lekarza.....
- w dniu operacji i dwa dni po operacji nie palić i nie nadużywać alkoholu
- nie podejmować żadnego wysiłku fizycznego
- jeść i pić dopiero po upływie miejscowego znieczulenia
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie;
- nie gryźć w okolicach implantu;
- 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
- nie dotykać okolic implantu palcami ani językiem;
- przy ewentualnych krwotokach skontaktować się natychmiast lekarzem dentystą;
- w okolicy miejsca operacji, policzka i podbródka może wystąpić obrzęk, który po paru dniach zniknie, złagodzenie tych objawów można uzyskać stosując zimne, suche okłady zewnątrzustnie
- nie korzystać z sauny, basenu ani solarium przez okres 2 tygodni po zabiegu
- po 7- 10 dniach zgłosić się na zdjęcie szwów

Po zabiegu implanty mogą być niekiedy natychmiast prowizorycznie zaopatrzone mostami, koronami tymczasowymi. Ostateczne zabezpieczenie następuje dopiero po upływie 16 do 28 tygodni po zabiegu. Przy implantach dwufazowych, które zaszyto, to znaczy, kiedy implant nie wystaje z błony śluzowej, implanty zostaną zabezpieczone śrubami zablizniającymi zwykle po upływie 16 do 28 tygodni. Dopiero później następuje właściwa rekonstrukcja protetyczna.

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

Z pozdrowieniami
Lekarz prowadzący

Potwierdzam odbiór informacji

.....
.....
czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją

Droga Pacjentko, drogi Pacjencie,

Badanie wykazało, że poprzez implantację jednego lub więcej sztucznych korzeni zęba (implantów), Pana/Pani zdolność do żucia pokarmów może zostać poprawiona lub całkowicie odtworzona. Implantacja wszczepów może być także rozważana 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 dziesięć i więcej lat. Nie można jednak tak dalece udzielić gwarancji. Przewidziany dla Pana/Pani najkorzystniejszy typ implantu zostanie wybrany po wykonaniu odpowiednich pomiarów i badań szczęk (przede wszystkim tomografi komputerowej).

Przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego, rzadziej pod narkozą ogólną, rozcina się dąsłko w okolicy implantacji, aby odsłonić kość. Przy pomocy wiertel tworzy się łożo, w której zostanie osadzony implant. Implant może też zostać wszczepiony bezpośrednio w miejsce po utraconym zębie. Na koniec dąsłko zostanie zaszyte.

Czasami okazuje się podczas operacji, że implantacja nie jest możliwa. Zabieg zostaje wtedy przerwany, a rana zamknięta za pomocą szwów.

W normalnym przypadku integracja implantu trwa 4 do 6 miesięcy (do 9 miesięcy przy jednoczesnym podniesieniu dna zatoki). W tym czasie nie można obciążać implantu, ani żuć w tym miejscu, aby proces integracji nie został zagrożony. Po integracji implantu konieczna może się okazać plastyka dąsła nad implantem w celu wykonania pracy implantoprotetycznej. Przy korzystnych warunkach anatomicznych, zgryzowych i z zachowaniem odpowiedniego protokołu postępowania można też 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 na przykład 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 wymaga 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 integracji i muszą zostać usunięte a implantację przeprowadza się powtórnie.

Aby zminimalizować to ryzyko w jak najwyższym stopniu, prosimy udzielić odpowiedzi na następujące pytania:

- Czy Pani/ Pan choruje?

TAK

NIE

Jeżeli TAK proszę wymienić na co:

.....

- Czy ma Pani/ Pan alergię (na przykład katar sienny, uczulenie na określone artykuły spożywcze (np. owoce, lekarstwa, plastry, miejscowe środki znieczulające, metale)?

TAK

NIE

Jeżeli TAK proszę wymienić na co:

.....

- Jak znosił(a) Pani/ Pan dotychczas zastrzyki znieczulające przy usuwaniu zębów albo w trakcie innych leczniczych zabiegów dentystycznych?

.....

- Czy istnieje zwiększona tendencja do krwawień nawet przy małych zranieniach albo po usunięciu zęba?

TAK

NIE

Jeżeli TAK, to proszę podać informację czy krwawienie ustępuje samoistnie i po jakim czasie oraz czy wymaga podania leków (jakich):

.....

- Czy przyjmuje Pani/ Pan lekarstwa stale/ często? **TAK**

NIE

Jeżeli TAK, jakie i jak często:

.....

Szczegółowe informacje o stanie zdrowia będą przez Lekarza wpisane do karty chorobowej Pacjenta. W czasie 4 tygodni po implantacji proszę nie uprawiać sportu wyczynowego oraz unikać ekstremalnych obciążeń klimatycznych (jazda na nartach, podróz w tropiki).

Proszę natychmiast zgłosić się na wizytę jeśli wystąpią niecodzienne odczucia w miejscu implantacji.

Decydujący wpływ na sukces leczenia ma higiena jamy ustnej. Tylko w przypadku, gdy jesteście Państwo gotowi po każdym posiłku dokładnie czyścić zęby i okolicę implantu, powodzenie implantacji jest największe. Również w przyszłości Nigdy nie należy zaniechać zabiegów higienicznych.

Oświadczam, że lekarz przeprowadził dzisiaj ze mną rozmowę objaśniającą na podstawie wskazówek zawartych w powyższej informacji, podczas której mogłem/am otrzymać odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie zagadnienia.

Nie mam żadnych dalszych pytań i nie potrzebuję dodatkowego czasu do namysłu.

Niniejszym zgadzam się na proponowany zabieg.

.....
podpis lekarza prowadzącego

.....
czytelny podpis Pacjenta

.....
miejsowość, data

Umowa
na wykonanie implantacji wszczepów stomatologicznych

nr/

zawarta w Szczecinie pomiędzy: Stomatologią na Podzamczu-Tomasz Cegielski, adres Szczecin 70-535, ul. Wielka Odrzańska 31b, reprezentowanym przez Tomasza Cegielskiego, nazywanym dalej KLINIKĄ,

a

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL

Tel.

e-mail

zwanym dalej PACJENTEM

§ 1

PACJENT zleca, a KLINIKA przyjmuje do wykonania zabieg implantacji wszczepów stomatologicznych opisany co do zakresu w „Zgodzie Pacjenta” z dnia

§ 2

Wynagrodzenie KLINIKI wynosi

1. Pierwsza część wynagrodzenia.....płatna przelewem / gotówką do dnia/w dniu zabiegu chirurgicznego.
2. Druga część wynagrodzenia.....płatna przelewem / gotówką do dnia rozpoczęcia procedur protetycznych.

W przypadku bardziej skomplikowanych planów leczenia płatności będą wykonywane w/ g załączonego kosztorysu.

§ 3

Wyżej wyszczególnione wynagrodzenie nie obejmuje kosztów niezbędnej diagnostyki RTG (zdjęć punktowych, panoramicznych, tomografii).

§ 4

PACJENT zobowiązuje się do osobistego pokrycia całości ustalonych kosztów planowanych procedur medycznych oraz kosztów zastosowanych materiałów zgodnie z załączonym cennikiem lub innymi pisemnymi ustaleniami oraz do pokrycia dodatkowych kosztów opisanych w nw. punktach.

§ 5

Jeżeli podczas zabiegu operacyjnego zaistnieje potrzeba zmiany koncepcji zabiegu polegającej na poszerzeniu zakresu zabiegu PACJENT zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur medycznych oraz materiałów zgodnie z dostępnym cennikiem.

§ 6

PACJENT zobowiązuje się do zapłaty za wykonane dodatkowe (ponad planowane) procedury medyczne oraz do pokrycia kosztów dodatkowych materiałów maksimum w ciągu 14 dni od wykonania zabiegu.

§ 7

Jeżeli podczas zabiegu operacyjnego zaistnieje potrzeba zmiany koncepcji zabiegu polegającej na zmniejszeniu zakresu zabiegu KLINIKA zobowiązuje się do zwrotu kosztów niewykonanych procedur medycznych zgodnie z dostępnym cennikiem.

§ 8

W przypadku, w którym leczenie w części lub w całości mogłoby być finansowane z środków innych narodowych lub komercyjnych funduszy zdrowia, lub z odszkodowania czy świadczenia zakładów ubezpieczeń, lub przez inne podmioty czy osoby, zobowiązuje się w własnym zakresie do dochodzenia kosztów zastosowanej procedury medycznej, bez cedowania dochodzenia roszczeń na placówkę medyczną, w której wykonywany będzie zabieg.

§ 9

W przypadku braku zapłaty w ustalonym terminie, za wykonane procedury lub koszty poniesione przez przychodnię / lekarza w związku z zabiegiem zobowiązuje się, bez dodatkowego wezwania, do pokrycia ustawowych odsetek za zwłokę a w przypadku konieczności wszczęcia procedury windykacyjnej lub konieczności dochodzenia roszczeń od innych podmiotów / osób zobowiązanych (do refundacji lub pokrycia kosztów zabiegu) zobowiązuje się do zapłaty kary umownej w wysokości 10% kosztów zabiegu nie mniej niż:

- a. 500 zł dla Pacjenta zamieszkałego w Polsce
- b. 1 000 zł dla Pacjenta zamieszkałego poza granicami Polski.

§ 10

W sprawach nie uregulowanych mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 11

Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania. Umowa może ulec rozwiązaniu na mocy porozumienia stron.

§ 12

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po 1 egz. dla każdej ze stron.

Podpisy stron

.....
KLINIKA

.....
PACJENT
czytelny podpis