DANE KLINIKI
PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA AQUARIUS
PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA AQUARIUS
ul. Wałowa 28/11-12, 84-200 Wejherowo
Kod res. cz. I: 000000201048 Kod res. cz. V: 01
REGON: 220673177 NIP: 8392146316
Tel. 587361462 587361462
u.wieczerniak@gmail.com
www.gabinetaquarius.pl

DANE PACJENTA
Xxxxx
PESEL:
Data ur.: 0001-01-01
Płeć: Kobieta
Adres:
Tel.

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG USUNIĘCIA ZĘBA/ZĘBÓW

Imię i nazwisko: **Xxxxx**
PESEL:
wiek

zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz857 z późniejszymi zmianami) oraz art 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na zabieg chirurgiczny - usunięcia zęba/zębów: 2022-10-28 ząb/zęby:..... przez lek. dent .

Oswiadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z kwestionariuszem stanu zdrowia stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Zostałem (am) poinformowany (a):

1. o tym, że zabieg będzie wykonywany w znieczuleniu miejscowym.
2. o ryzyku i mozliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany pooperacyjnej, wysoka temperatura ciała. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek.
3. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na gojenie się rany
4. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
    a. zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu.
    b. zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez 12 godzin po zabiegu.
    c. konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku, jeżeli został zlecony.
    d. usunięciu szwów chirurgicznych po około 7 dniach jezeli zostały założone.
    e. o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej.

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Usunięcie zęba nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia.

2022-10-28, godz. 17:21, ...
podpis pacjenta