

# ZGODA PACJENTA NA ZABIEG USUNIĘCIA ZĘBÓW

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL.....

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r.o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. Z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami),oraz art. 16 i 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dz.U.2009 r. Nr 52 poz.417 z późn. zm.)

Wyrażam zgodę na zabieg chirurgiczny usunięcie zęba/zębów.....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia- zgodnie z kwestionariuszem stanu zdrowia stanowiącym załącznik do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przekazywane informacje są danymi poufnymi.

## Podstawowe informacje dotyczące zabiegu:

- Zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
- Do powikłań występujących w trakcie lub po zabiegu należą m.in.: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie rany (suchy zębodół), wysoka temperatura ciała, perforacja zatoki szczękowej, złamanie korzenia zęba, zapalenie wsierdza.
- Wystąpieniu powikłań sprzyja: niedostateczna higiena jamy ustnej, niewyrównane choroby ogólnoustrojowe (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia krzepnięcia, choroby zapalne).
- Usunięcie zęba nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia.

## Zalecenia po zabiegu:

- tampon zabezpieczający zębodół usunąć po 30min.
- przez 2 godziny po zabiegu nie wolno jeść i pić, a do końca dnia nie jeść i nie pić nic gorącego.
- w dniu zabiegu nie płukać jamy ustnej.
- nie palić tytoniu 24 godziny po zabiegu.
- w przypadku wystąpienia obrzęku po zabiegu, zastosować zimny okład na policzek.
- w razie przedłużającego się krwawienia zgłosić się do lekarza.
- nie wolno korzystać z sauny i słońca w dniu zabiegu.
- konieczne jest przyjmowanie antybiotyku, jeżeli został zalecony.
- należy zgłosić się do usunięcia szwów chirurgicznych po 7-10 dni (jeżeli zostały założone).

*Zostałem/-am poinformowany/-a o konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia.  
Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku.*

.....  
Data, Podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....  
Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub opiekuna)