

POUČENIE A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA S VÝKONOM – KOSTNÁ AUGMENTÁCIA

Názov výkonu : Aplikácia lokálnej anestézie – miestne znecitlivenie a následná augmentácia – doplnenie kostnej hmoty / sinus lift – doplnenie kostnej hmoty v čeľustnej dutine

Účel výkonu : Náhrada chýbajúceho kostného tkaniva pred implantáciou.

Povaha výkonu : Aplikácia anestetika, odklopenie mäkkých tkanív v mieste augmentácie. Vytvorenie vhodných anatomických podmienok v mieste zavedenia augmentátu pomocou špeciálnych vrtákov prípadne piezo-chirurgicky, zavedenie augmentátu, zošitie rany.

Predpokladaný prospech výkonu: Doplnenie kostného tkaniva a umožnenie zavedenia implantátu.

Alternatíva výkonu : Ponechanie stavu bez následnej možnej implantácie.

Možné komplikácie a riziká , ktoré môžu nastať po zákroku : / Alergická reakcia na lokálne anestetikum, prípadne jeho zložku./ Bolesť a opuch v mieste augmentácie. / Sekundárna infekcia v oblasti augmentácie. / Poškodenie okolitých tkanív. / Neúplné alebo neúspešné zhojenie. / Sinusitída. / Fajčenie zhoršuje hojenie a zvyšuje riziko neprijatia augmentácie. / Pri technike sinus lift nie je doporučené kýchanie, fúkanie do nosu na 10dní, odporúčajú sa nosné kvapky.

Následky výkonu : Doplnenie kostnej hmoty s cieľom zavedenia implantátu do miesta s nedostatkom vlastnej kosti pacienta.

INFORMOVANÉ ROZHODNUTIE PACIENTA PRED VÝKONOM

Vyhlásenie pacienta/zákonného zástupcu pacienta k zdravotnému výkonu:

Ja ako pacient svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a pred udelením Informovaného súhlasu plne poučený/á (zrozumiteľne, bez nátlaku a v dostatočnom časovom predstihu) v rozsahu uvedenom v písomnom vyhotovení a to najmä:

Pacient týmto prehlasuje, že bol riadne poučený o:

povahe svojho ochorenia, o dôvode, o účele spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických a liečebných postupov,

povahe navrhovaného výkonu, dôvodoch pre jeho vykonanie, ako aj o iných dostupných možnostiach jeho realizácie,

rizikách spojených s realizovaním výkonu, ako aj o riziku pre moje zdravie, ak navrhovaný výkon odmietnem,

tom ako mám postupovať po výkone a o ďalšom liečebnom režime,

v prípade ak je s výkonom spojené podanie lieku, či používanie lieku v domácom prostredí pacienta o obsahu príbalového letáku lieku a o možných nežiadúcich účinkoch a podmienkach pre podanie/ užívanie lieku.

Svojím podpisom vyhlasujem:

dokážem čítať a písať,

ošetrojúci lekár mi okrem poučenia pred výkonom dal možnosť sa s poučením o výkone oboznámiť vopred v dostatočnom predstihu a to tak, že som mal možnosť si prečítať poučenie na webe ambulancie a tiež v tlačenej forme v čakárni ambulancie,

pred výkonom som mal možnosť vysvetliť svoj zdravotný problém a mal som možnosť klásť doplňujúce otázky a na všetky mi bolo zrozumiteľne odpovedané,

v danej veci nemám žiadne ďalšie otázky v plnej miere poučeniu rozumiem,

som nezatajil/a žiadne ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil/a, prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované,

potvrdzujem tiež, že som uviedol/la všetky lieky/výživové doplnky, ktoré užívam a tiež všetky prípadné alergie, ktorými trpím. Beriem na vedomie, že zatajenie akéhokoľvek údaju o zdravotnom stave môže mať priame alebo nepriame dôsledky na vedľajšie účinky poskytnutia zdravotnej starostlivosti a v takomto prípade poskytovateľ nezodpovedá za škodu na zdraví pacienta.

som rozumel otázkam, ktoré mi lekár pred výkonom položil,

užívam len tieto lieky/výživové doplnky

netrpím žiadnymi alergiami, ktoré nie sú uvedené v anamnestickom dotazníku

v prípade zhoršenia zdravotného stavu, mám hneď kontaktovať zubnú kliniku

som oboznámený so všeobecnými zmluvnými podmienkami ambulancie, pravidlami, spracovaním osobných údajov a právami s tými spojenými a všetkým týmto informáciám rozumiem
som poučený o cenníku poskytovateľa a v prípade ak je s výkonom spojená platba, tak s tou platbou súhlasím

súhlasím s obsahom podpisového listu, ktorý sa týka mojich budúcich rozhodnutí vo vzťahu k prípadnej budúcej návštevy

V PRÍPADE VÝKONU NESPÔSOBILÉHO PACIENTA

Vyhlásenie nespôsobilého pacienta : Týmto potvrdzujem, že mi poskytovateľ zdravotnej starostlivosti s ohľadom na môj vek a rozumovú vyspelosť vysvetlil všetky podstatné otázky týkajúce sa výkonu a vyjadrujem s ním :

Súhlas

Nesúhlas

Vyhlásenie zákonného zástupcu : Týmto vyhlasujem, že som zákonným zástupcom nespôsobilého pacienta a že neexistuje žiadna právna prekážka k tomu, aby som za nespôsobilého pacienta udelil informovaný súhlas k výkonu. Vyhlasujem, že som bol pred udelením súhlasu poučený.

ROZHODNUTIE PACIENTA

Ja, pacient

Udeľujem informovaný súhlas

Neudeľujem súhlas (s vedomím všetkých rizík uvedených v poučení)

ambulancii na realizovanie výkonu. V prípade udelenia súhlasu tento pokrýva aj všetky ďalšie nevyhnutné postupy/zákroky, pokiaľ budú nevyhnutné pre zamedzenie vzniku škody na mojom zdraví.