

POUČENIE A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA S VÝKONOM – REENDODONTICKÉ OŠETRENIE ZUBA

Názov výkonu : Aplikácia lokálnej anestézie (podľa nutnosti / na žiadosť pacienta) - mieste znecitlivenie a reendodontické ošetrenie zuba – opätovné ošetrenie koreňových kanálikov zuba.

Účel výkonu : Cieľom reendodoncie je odstránenie príčiny opätovného zápalu zuba a snaha o jeho zachovanie v ústach.

Povaha výkonu : Aplikácia anestetika (podľa nutnosti / na žiadosť pacienta). Zárok spočíva v opätovnej liečbe infekcie alebo zápalu v koreňovom kanáliku zuba. Zárok zahŕňa opätovné vyčistenie a dezinfekciu koreňových kanálikov, ich následné vyplnenie a uzatvorenie.

Predpokladaný prospech výkonu : Reendodonticky ošetrené zuby ďalej plnia svoju bežnú funkciu v ústach.

Alternatíva výkonu : Extrakcia zuba.

Možné komplikácie a riziká , ktoré môžu ale nemusia nastať po zákroku : Zalomenie nástroja počas zákroku. / Nepriechodné koreňové kanáliky zuba. / Komplikovaná anatómia zuba. / Fractura zuba vertikálne. / Fractura zuba pod úroveň kosti – nedostatok zubnej hmoty (min. 2mm po obvode) z hľadiska následného zhotovenia korunky na zub. / Vnútná / Externá rezorpcia koreňa – chronický zápal zubnej drene. / Via falsa – perforácia steny koreňového kanálika. / Rezistentný zápal zuba – silná infekcia, ktorá sa nedokáže liečiť. / Ak bol zub liečený u iného zubného lekára – riziko komplikácie nemožnosti opätovne zaplniť koreňové kanáliky.

Následky výkonu : Zachovanie zuba v ústach. Po ošetrení je časté, že je zub citlivý, hlavne na tlak. Ide o obdobie pár hodín až pár dní po zákroku. Ak by ale bolesť a citlivosť pretrvávali dlhšie, je dôležité navštíviť ošetrojúceho lekára.

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 poučení 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 údaje 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.