

**Leczenie**

**specjalistyczne:**

- ✓ usuwanie zębów
- ✓ dłutowanie korzeni zębów, zębów mądrości, i zębów zatrzymanych
- ✓ replantacje wybitych zębów
- ✓ odstawianie zębów zatrzymanych z przyklejeniem zamka ortodontycznego
- ✓ plastyka wędzidełka wargi górnej, dolnej oraz języka
- ✓ przedprotetyczna plastyka wyrostka zębodołowego szczęki i żuchwy
- ✓ zamykanie połączenia ustno-zatokowego po usunięciu zęba
- ✓ operacje torbieli w szczęce i żuchwie
- ✓ resekcje wierzchołków korzeni zębów
- ✓ periodontologiczne zabiegi operacyjne
- ✓ augmentacja (uzupełnianie) kości
- ✓ GTR, GBR – sterowana regeneracja tkanek miękkich i kości
- ✓ sinus lift – podnoszenie dna zatoki
- ✓ wszczepianie implantów stomatologicznych
- ✓ leczenie schorzeń zatok szczękowych, stawów skroniowo-żuchwowych oraz ślinianek
- ✓ opieka stomatologiczna nad pacjentami wysokiego ryzyka (chorzy obciążeni schorzeniami ogólnymi, np.: cukrzycą, nadciśnieniem, astmą, RZS, po zawale mięśnia sercowego, itp.)
- ✓ stomatologiczne przygotowywanie chorych do przeszczepu narządów, szpiku kostnego, radioterapii, chemioterapii i innych terapii
- ✓ specjalistyczne konsultacje trudnych przypadków klinicznych

**WYRAŻENIE ZGODY NA LECZENIE IMPLANTOLOGICZNE**

1. Imię i nazwisko, PESEL: .....

2. Adres, tel. kontaktowy: .....

Niniejszym wyrażam zgodę na zaproponowane mi leczenie implantoprotetyczne wraz z niezbędnymi procedurami augmentacyjnymi, polegające na operacyjnym założeniu dentystycznych wszczepów śródkostnych oraz protetycznej odbudowie, uzupełniającej braki uzębienia w uzgodnionym zakresie. Leczenie zostanie przeprowadzone ambulatoryjnie (w tut. gabinecie stomatologicznym) w znieczuleniu miejscowym.

Oświadczam, że:

1) dr Małgorzata Nather przeprowadziła ze mną rozmowę wyjaśniającą, w trakcie której w zrozumiałej dla mnie formie omówiła dokładnie:

- ✓ zasięg i przebieg części chirurgicznej planowanego leczenia, zamierzony cel leczenia oraz przewidywany tok gojenia rany pooperacyjnej
- ✓ typowe ryzyko związane z leczeniem chirurgicznym, możliwości wystąpienia powikłań po zabiegu
- ✓ istotę procesu osteointegracji, która jest warunkiem powodzenia leczenia implantologicznego
- ✓ kolejność poszczególnych etapów leczenia w części chirurgicznej
- ✓ konieczność utrzymywania wysokiej higieny jamy ustnej, sumiennego stosowania się do zaleceń lekarskich oraz stawiania się na wyznaczone badania kontrolne w uzgodnionych wspólnie terminach
- ✓ potrzebę informowania lekarza o aktualnym stanie zdrowia
- ✓ wskazania do przeprowadzenia dodatkowych badań diagnostycznych i/lub konsultacji specjalistycznych przed lub w trakcie leczenia
- ✓ całkowite koszty części chirurgicznej planowanego leczenia, wynikające ze specyfiki leczenia implantologicznego: diagnostyka, planowanie leczenia, zabiegi operacyjne, badania kontrolne;

2) dr Jarosław Nather przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą, w trakcie której w zrozumiałej dla mnie formie omówił dokładnie:

- ✓ inne metody leczenia protetycznego, stanowiące alternatywę dla leczenia implantologicznego, które mogą mieć zastosowanie w moim przypadku
- ✓ zasięg i przebieg planowanego leczenia w części protetycznej oraz zamierzony cel leczenia
- ✓ kolejność poszczególnych etapów leczenia protetycznego
- ✓ konieczność utrzymywania wysokiej higieny jamy ustnej, sumiennego stosowania się do zaleceń lekarskich oraz stawiania się na wyznaczone badania kontrolne w uzgodnionych wspólnie terminach
- ✓ całkowite koszty planowanego leczenia protetycznego w wersji standardowej oraz przy zastosowaniu ponadstandardowych materiałów i/lub niestandardowych elementów protetycznych.

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że zastosowane u mnie biomateriały w postaci różnego rodzaju wszczepów śródkostnych, membran i innych biopreparatów, niezbędnych dla przeprowadzenia planowanego leczenia, posiadają wszelkie konieczne certyfikaty Unii Europejskiej i Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz atesty dopuszczenia do bezpiecznego stosowania u ludzi.

Wiadomo mi, że:

1. proponowane leczenie na każdym jego etapie będzie przeprowadzone z należytą starannością oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a wszystkie podejmowane przez lekarza i jego zespół działania i decyzje będą podyktowane wyłącznie moim dobrem oraz w celu osiągnięcia jak najlepszego efektu terapeutycznego
2. bezpośrednio po części chirurgicznej otrzymam ustne i pisemne zalecenia odnośnie postępowania w okresie pooperacyjnym
3. zarówno lekarz jak i jego współpracownicy, mimo zachowania najwyższej staranności, nie mogą zagwarantować pożądanego powodzenia zabiegu ze względu na ryzyko wystąpienia niemożliwych do przewidzenia osobniczych uwarunkowań.

Biorąc powyższe pod uwagę, decyzję wyboru systemu implantologicznego pozostawiam lekarzowi prowadzącemu, zgadzam się również na konieczne rozszerzenie zakresu zabiegu lub zmiany, które mogą wyłonić się w czasie etapu operacyjnego i/lub protetycznego.

Stwierdzam, że wyjaśnienia udzielone mi na wszystkie pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia, a także możliwych powikłań, były dla mnie zrozumiałe, zostały udzielone w sposób wyczerpujący oraz pozostawiono mi dość czasu na omówienie wszelkich wątpliwości dotyczących całości leczenia.

Zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem/ujawniłam wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości. Udzieliłem/udzieliłam też wyczerpujących informacji na temat przyjmowanych leków oraz stosowanych parafarmaceutyków, terapii niekonwencjonalnych oraz ew. stosowanych nietypowych diet.

Wyrażam zgodę na wykonywanie (dla potrzeb diagnostyki, planowania leczenia, prowadzenia leczenia oraz badań kontrolnych) dokumentacji radiologicznej i fotograficznej, która będzie przechowywana w tut. gabinecie, i którą w każdej chwili będę mógł/mogła wypożyczyć i/lub odebrać za pisemnym poświadczeniem odbioru.

Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, regularnych badań kontrolnych, pełnej współpracy z lekarzami prowadzącymi leczenie oraz zachowania wysokiej higieny jamy ustnej, od której w znacznej mierze zależy wynik leczenia.

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że leczenie implantoprotetyczne nie podlega refundacji przez publicznego płatnika (NFZ) i jest pokrywane w całości ze środków własnych pacjenta.

Akceptuję przedstawione mi koszty leczenia, które zobowiązuję się ponosić w ustalonych terminach i ustalonych wysokościach. Mam świadomość, że leczenie nie może być rozpoczęte bez wcześniejszego i jednoznacznego uzgodnienia warunków finansowych oraz nie podlega negocjacom w trakcie i/lub po zakończeniu leczenia. Akceptuję również podanie mi kosztów części protetycznej nie w konkretnej kwocie, a w zakresie od – do ze względu na stosunkowo długi okres pomiędzy częścią zabiegową (wgajanie implantu) a rozpoczęciem odbudowy protetycznej na implantach i związaną z tym możliwością zmian cen w laboratorium protetycznym i/lub zmianą przeze mnie klasy pracy protetycznej (np.: zamiana metalu na złoto lub cerkon, itp.).

Gdańsk, dnia .....

.....  
pieczętka i podpis lekarza

.....  
czytelny podpis Pacjenta