

## ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

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 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie, planowanego świadczenia zdrowotnego w *Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Ziemowit Sartys przy ul. Polnej 56a w Kietczowie lub przy ul. Kilińskiego 27/1a we Wrocławiu*

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej podczas zabiegu i po jego wykonaniu.

### Informacja o leczeniu.

Zostałem poinformowany o następujących zasadach leczenia endodontycznego (kanałowego) zębów:

1. Leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba polega na usunięciu z jego wnętrza: z komory i korzeni będącej w stanie zapalnym lub martwej miazgi i wypełnienie tych przestrzeni na stałe materiałem leczniczym.
2. Ze względu na różnice w budowie anatomicznej zębów oraz stan tkanek wokół zęba, leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne już w trakcie podjętego leczenia.
3. Istnieje ryzyko złamania narzędzia w kanale, przedziurawienia ściany kanału (perforacji) lub niemożliwości opracowania kanału na całej długości.
4. W przypadku kanałów niedrożnych, o nietypowym przebiegu lub leczonych w przeszłości (leczenia reendo), istnieje zwiększone ryzyko złamania narzędzia w kanale, przedziurawienia ściany kanału (perforacji) lub niemożliwości opracowania kanału na całej długości.
5. Istnieje ryzyko przepchnięcia materiału wypełniającego kanał poza wierzchołek korzenia, co może powodować dolegliwości bólowe, konieczność chirurgicznego odcięcia wierzchołka korzenia lub w szczególnych przypadkach zakończyć się usunięciem zęba.
6. Podczas zabiegów endodontycznych może dojść do złamania korony zęba, co może skutkować koniecznością ekstrakcji zęba.
7. W trakcie leczenia endodontycznego mogą wystąpić objawy bólowe wymagające stosowania leków przeciwbólowych.
8. W trakcie leczenia endodontycznego może dochodzić do zaostrzenia objawów stanu zapalnego z pojawieniem się obrzęku, utworzeniem ropnia, przetoki, podwyższonej ciepłoty ciała, co wiąże się z koniecznością zastosowania leków przeciwzapalnych, antybiotyku lub interwencją chirurgiczną.
9. W przypadku leczenia zębów ze zmianami zapalnymi w przyzębiu mimo prawidłowego przeleczenia kanałów korzeniowych może nie nastąpić wygojenie zmian w kości, co może zmniejszyć szansę na pozostanie zęba w jamie ustnej.
10. Może istnieć konieczność przeprowadzenia dodatkowo zabiegów chirurgicznych (odcięcia części lub całego korzenia).
11. Przed przystąpieniem do leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność tymczasowej (tylko na czas leczenia) odbudowy korony zęba, co wiąże się z dodatkowymi kosztami.
12. Po wypełnieniu kanałów korzeniowych na trwałe konieczna jest prawidłowa odbudowa korony zęba, co szczególnie w przypadku zębów zniszczonych wiąże się z wykonaniem uzupełnień protetycznych (wkład koronowo-korzeniowy, korona protetyczna).
13. Warunkiem powodzenia leczenia endodontycznego jest przestrzeganie przez pacjenta rygoru nieprzerywania cyklu wizyt pośrednich oraz zakończenie leczenia właściwą odbudową korony zęba.
14. Pacjent jest zobowiązany przed przystąpieniem do leczenia poinformować lekarza o stanie swojego zdrowia.

**Zostałem(-am) poinformowany(-a):**

1. rodzaju zabiegu, o istocie i technice zabiegów wykonywanych w związku z leczeniem endodontycznym.
2. ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia.
3. zakresie pracy, który może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu.
4. możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający.
5. konieczności utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszania się do okresowych badań stanu klinicznego według harmonogramu ustalonego z lekarzem, co jest warunkiem powodzenia leczenia.
6. kosztach leczenia, które akceptuję.

## Oświadczenia pacjenta

Potwierdzam, że zapoznałem(-am) się powyższymi zasadami, uzyskałem(-am) wszelkie niezbędne wyjaśnienia i zrozumiałem(-am) warunki leczenia w moim przypadku. Zostałem(-am) również poinformowany/na o innych metodach leczenia wraz ze związanym z nim ryzykiem oraz konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia.

Wyrażam zgodę na proponowany plan leczenia endodontycznego i zobowiązuję się do:

- przestrzegania ustalonego z lekarzem harmonogramu wizyt.
- przestrzegania zaleceń lekarza między wizytami ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej.
- wykonania zaleconej odbudowy korony po przeprowadzonym leczeniu.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

.....  
**podpis pacjenta (opiekuna prawnego)**

**Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:**

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest *Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Ziemowit Sartys*
2. Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu: świadczenia usług medycznych, zarządzania usługami medycznymi, prowadzenia sprawozdawczości finansowej, oraz archiwalno – statystycznym.
3. Podanie przez Pana/iq danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/i zobowiązany/a do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie skutkowało możliwością odstąpienia od udzielenia świadczeń.
4. Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat
5. Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych, aktualizacji i sprzeciwu w pewnym zakresie oraz do przenoszenia danych osobowych
6. Administrator nie ujawnia danych osobowych osobom trzecim bez zgody osoby, której dane dotyczą, chyba, że obowiązek ujawnienia wynika z obowiązującego prawa
7. Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO, gdy uzna Pan/i, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/i dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.