Wyrażenie zgody

Zgoda na leczenie zęba preparatem Biodentine™

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko pacjenta: ----------

PESEL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adres: ----------

Telefon kontaktowy: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

niniejszym wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na leczenie zęba preparatem Biodentine™ w moim gabinecie stomatologicznym.

1. Cel i charakter leczenia

- Zostałem/am poinformowany/a, że założenie preparatu Biodentine™ ma na celu próbę uratowania zęba przed koniecznością leczenia kanałowego (endodontycznego).
- Leczenie to polega na zastosowaniu nowoczesnego, bioaktywnego materiału, którego zadaniem jest wspieranie regeneracji uszkodzonej tkanki zęba i zachowanie żywej miazgi, gdy jest to jeszcze możliwe.

2. Możliwe scenariusze dalszego leczenia

- Rozumiem, że mimo podjęcia próby zachowania zęba poprzez leczenie preparatem Biodentine™, może zaistnieć potrzeba przeprowadzenia leczenia kanałowego, jeśli stan zęba nie ulegnie poprawie, wystąpią dolegliwości bólowe, rozwinie się nieodwracalne zapalenie miazgi lub pojawią się inne powikłania.

3. Informacje o ryzyku i możliwych powikłaniach

- Zostałem/am poinformowany/a, że mogą wystąpić:
  - dolegliwości bólowe po zabiegu,
  - początkowa nadwrażliwość, dyskomfort,
  - niepowodzenie leczenia skutkujące potrzebą leczenia kanałowego (lub usunięcia zęba).
- Mam świadomość, że wynik leczenia nie jest gwarantowany, a skuteczność Biodentine™ zależy m.in. od stanu miazgi i odpowiedzi organizmu na zabieg.

4. Informacje o kosztach

- Zostałem/am poinformowany/a o kosztach zabiegu z użyciem preparatu Biodentine™ i je akceptuję.
- Rozumiem, że w przypadku konieczności wykonania leczenia kanałowego po niepowodzeniu leczenia Biodentine™, poniesione już koszty za podjęte etapy (w tym koszt materiału i pracy lekarza) nie zostaną zwrócone ani zaliczone na poczet późniejszego leczenia endodontycznego.

5. Alternatywy terapeutyczne

- Zostały mi przedstawione alternatywne metody leczenia, w tym:
  - natychmiastowe skierowanie na leczenie kanałowe,
  - ekstrakcję zęba (w przypadku braku możliwości uratowania zęba innymi metodami).
- Rozumiem, na czym polegają te alternatywy oraz jakie są ich potencjalne skutki, korzyści i ograniczenia.

6. Prawa i obowiązki pacjenta

- Poinformowano mnie o możliwości zadawania pytań dotyczących planowanego leczenia oraz o uzyskaniu na nie wyczerpujących odpowiedzi.
- Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich, dbania o higienę jamy ustnej i zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz w razie wystąpienia niepokojących objawów.
- Oświadczam, że wyczerpująco poinformowałem/am lekarza o stanie mojego zdrowia i przyjmowanych lekach.
- Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności skutkujące koniecznością zmiany planu leczenia oraz, że w razie potrzeby podejmę decyzję o leczeniu kanałowym i zobowiązuję się pokryć związane z tym dodatkowe koszty.

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że:

- ✓ Przeczytałem/am powyższy dokument, wszystkie informacje są dla mnie zrozumiałe.
- ✓ Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na leczenie zęba preparatem Biodentine™.
- ✓ Zgadzam się na warunki kosztowe oraz przyjmuję do wiadomości możliwość niepowodzenia próby leczenia.
- ✓ Zobowiązuję się powiadomić lekarza o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia.

Data: ----------

Podpis pacjenta: ----------

Podpis lekarza prowadzącego: ----------

Pieczątka gabinetu: