

Dane pacjenta:

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Zgoda pacjenta na ekstrakcję zęba

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 usunięcie zęba
przez lek. dent w

Podstawowe informacje dotyczące zabiegu:

- Zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
- Do powikłań występujących w trakcie lub po zabiegu należą m.in.: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie rany (suchy zębodół), wysoka temperatura ciała, perforacja zatoki szczękowej, złamanie korzenia zęba, zapalenie wsierdza.
- Wystąpieniu powikłań sprzyja: niedostateczna higiena jamy ustnej, niewyrównane choroby ogólnoustrojowe (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia krzepnięcia, choroby zapalne).
- Usunięcie zęba nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. 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.

.....
(podpis)