

Nowy Sącz, dnia

SCS PRIMADENT SP. Z O.O.
UL. NAWOJOWSKA 29
33-300 NOWY SĄCZ

ZGODA PACJENTA NA IMPLANTACJĘ WSZCZEPÓW STOMATOLOGICZNYCH

Pacjent:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Telefon:

e-mail:

Gabinet i dane lekarza :

Nazwa zakładu: SCS PRIMADENT SP. Z O.O.

Dane lekarza:

Adres siedziby: UL. NAWOJOWSKA 29, 33-300 NOWY SĄCZ

NIP: 7343605918

Tel.: 18 440 74 60 , 510 510 901

e-mail: kontakt@scs-primadent.pl

Planowany zakres zabiegu:

Przewidywany typ implantu:

.....
.....
.....

Przewidywane miejsce implantacji:

.....
.....

Dodatkowe ustalenia:

.....
.....
.....

Oświadczam, co następuje:

1. W dniu została przeprowadzona rozmowa informacyjna pomiędzy wyżej wymienionym pacjentem (w razie potrzeby z jego prawnym przedstawicielem) o implantacji wszczepów względnie materiałów kośćcizastępczych. Omówione zostały przy tym różne systemy implantologiczne pod względem przydatności w danym indywidualnym przypadku.
2. Za pomocą materiałów informacyjnych, zdjęć rentgenowskich i fotografii wcześniej leczonych przypadków i możliwych koncepcji leczenia, został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.
3. Po omówieniu innych, konwencjonalnych metod leczenia w postaci rozwiązań protetycznych i po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję decyzję o poddaniu się zabiegowi.
4. Zostałem poinformowany o konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań po zabiegu, jak również lekarz zalecił mi sposób zachowania się po zabiegu oraz oświadczam, że została mi przekazana pisemna instrukcja: „Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu”.
5. Objąsnił mi przypadki, w których komplikacje doprowadziły do utraty implantu. Przyjmuję do wiadomości, że lekarz ani placówka nie może gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników, w tym cech osobniczych pacjenta, stanu zdrowia pacjenta, przebytych chorób oraz postępowania pacjenta po zabiegu. Wyjaśniono mi, że zaproponowane leczenie jest od wielu lat z powodzeniem praktykowane, aczkolwiek metoda ta nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantów. Nie jest możliwe ustalenie za pomocą metod współczesnej diagnostyki potencjalnych zdolności gojenia tkanki kostnej i dziąsłowej. W niewielkim odsetku przypadków z różnych przyczyn, może dojść do ich stopniowej utraty.
6. Mając świadomość ewentualnych komplikacji nawet w razie niepowodzenia zabiegu i utraty implantu zobowiązuję się, że nie będę występować z roszczeniem o odszkodowanie ani zwrot kosztów z tytułu nie osiągnięcia oczekiwanych efektów, w stosunku do lekarza, który przeprowadził zabieg ani w stosunku do przychodni, w której przeprowadzono zabieg. Ww. nie zamyka prawa pacjenta do dochodzenia roszczeń z tytułu ewentualnych szkód osobowych lub rzeczowych na podstawie zwykłej (nierozszerzonej) odpowiedzialności cywilnej lekarza lub przychodni.
7. Zdając sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia implantologicznego zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem(a)em wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane aktualnie leki.
8. Wiem, że ostateczny wynik leczenia i jego trwałość w dużym stopniu uzależniony jest od postępowania pacjenta w okresie pooperacyjnym i później, a w szczególności od:
 - a. Nie palenia papierosów, które w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia, ponieważ palenie papierosów jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu implantoloprotetycznym;

- b. Zgłaszania się do okresowych kontroli, tzn. w pierwszym miesiącu po skończonym leczeniu a następnie raz na pół roku, jest to niezbędnym wymogiem w procesie leczenia;
 - c. Rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.
9. Zostałem poinformowany, że w drugim etapie leczenia po operacji, część protetyczną i chirurgiczną pozabiegową należy wykonać w gabinecie, w którym została wykonana implantacja. W innym przypadku gabinet, w którym została wykonana implantacja nie przejmuje odpowiedzialności za dalszy przebieg leczenia.
10. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu operacyjnego może zaistnieć potrzeba zmiany koncepcji zabiegu (poszerzenia lub zmniejszenia zakresu). W przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zgodnie z załączonym cennikiem.
11. Zostałem uprzedzony, że okres integracji implantów z kością wynosi 4-7 miesięcy. Na wypadek gdyby w tym czasie wystąpiła potrzeba ich usunięcia omówiono ze mną warunki oraz koszty ponownego założenia implantu.

Oświadczam, że ww. oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie ze stanem faktycznym. Nie wnoszę zastrzeżeń ani uwag.

Świadom korzyści i ewentualnych komplikacji wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w ww. planowanym zakresie.

W załączeniu:

- 1) Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu;
- 2) Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją;
- 3) Umowa na wykonanie implantacji wszczepów stomatologicznych.

.....
Czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „zgodzie pacjenta” na potrzeby przychodni, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celów wykonania zabiegów medycznych, planowania, obsługi przyszłych i obecnych umów/świadczeń, z których korzystam lub będę korzystał w ww. gabinecie/zakładzie opieki zdrowotnej. Dane nie będą nikomu udostępniane z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji. Udzielającemu pełnomocnictwa przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

.....
Czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

.....
Czytelny podpis lekarza – przyjmującego oświadczenie Pacjenta

Nowy Sącz, dnia

SCS PRIMADENT SP. Z O.O.
UL. NAWOJOWSKA 29
33-300 NOWY SĄCZ

INFORMACJA DOTYCZĄCA ROZMOWY WYJAŚNIAJĄCEJ PROBLEMATYKĘ ZWIĄZANĄ Z IMPLANTACJĄ

Pacjent:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Tel.:

e-mail:

Planowany zakres zabiegu:

Przewidywany typ implantu:

.....
.....

Przewidywane miejsce implantacji:

.....
.....

Dodatkowe ustalenia:

.....
.....
.....

Droga Pacjentko, Drogi Pacjencie,

Badanie wykazało, że poprzez implantację jednego lub więcej sztucznych korzeni zęba (implantów), Pana/Pani zdolność do żucia pokarmów może zostać odtworzona lub poprawiona. Implantacja wszczepów może być także rozważana ze względów estetycznych. Implantowane wszczepy po osteointegracji (zrośnięcia się z kością) posłużą do umocowania koron, mostów lub protez.

Implanty, które wykonane są z tytanu, mogą funkcjonować dziesięć i więcej lat. Nie można jednak tak dalece udzielić gwarancji. Przewidziany dla Pana/Pani najkorzystniejszy typ implantu zostanie wybrany po wykonaniu odpowiednich pomiarów i badań szcęk.

Przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego, rzadziej pod narkozą ogólną, otwiera się dziąsło w okolicy implantacji, aby odsłonić kość. Przy pomocy wiertel tworzy się łożo,

w której zostanie osadzony implant. Implant może zostać wszczepiony bezpośrednio w miejsce po utraconym zębie. Na koniec dziąsło zostanie zaszyte.

Czasami okazuje się podczas operacji, że implantacja nie jest możliwa. Zabieg zostaje wtedy przerwany, a rana zamknięta za pomocą szwów.

W normalnym przypadku wgojenie implantu trwa 4 do 7 miesięcy. W tym czasie nie można obciążać implantu, ani żuć w tym miejscu, aby proces wgajania się nie został zagrożony. Po wgojeniu się implantu konieczna może się okazać plastyka dziąsła nad implantem w celu wykonania pracy implantoprotetycznej. Przy korzystnych warunkach anatomicznych, zgryzowych i z zachowaniem odpowiedniego protokołu postępowania można wprowadzać implanty natychmiastowe i obciążać je natychmiastowo.

Żaden lekarz nie może zagwarantować sukcesu swojego leczenia ani wykluczyć wystąpienia ryzyka. Ogólne zagrożenia przy tego rodzaju zabiegach operacyjnych, jak na przykład infekcje, występują rzadko. Dzięki postępowi w medycynie możemy z góry temu przeciwdziałać. Po zabiegu mogą przejściowo wystąpić obrzęki policzka lub warg. Bóle pooperacyjne występują rzadko.

Czasami należy otworzyć jamę zatoki szczękowej, która znajduje się w pobliżu okolicy implantacji. Najczęściej implant przyjmuje się bez szkodliwych następstw. Bardzo rzadko dochodzi do zapalenia jamy nosowej lub jamy zatoki szczękowej, które wymaga leczenia.

W obrębie zębów trzonowych żuchwy może w rzadkich przypadkach zostać uszkodzony nerw zębodołowy dolny. Bardzo rzadko może dojść do trwałych zaburzeń czucia w obrębie wargi dolnej (drętwienie). Nie występuje jednak upośledzenie ruchomości warg.

W pojedynczych przypadkach implanty nie przyjmują się. Występuje ich nadmierna ruchomość w okresie wgajania się i muszą zostać usunięte lub też implantację przeprowadza się powtórnie.

Aby zminimalizować to ryzyko w jak najwyższym stopniu, prosimy udzielić odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy Pani / Pan choruje?

Tak Nie

Jeżeli TAK, proszę wymienić na co:

.....
.....
.....

2. Czy ma Pani / Pan alergię (na przykład katar sienny, uczulenie na określone artykuły spożywcze (na przykład owoce), lekarstwa, plastry, miejscowe środki znieczulające, metale?

Tak Nie

Jeżeli TAK, proszę wymienić na co:

.....
.....

3. Jak znosiła Pani / Pan dotychczas zastrzyki znieczulające przy usuwaniu zębów albo w trakcie innych leczniczych zabiegów dentystycznych?

.....
.....

4. Czy istnieje zwiększona tendencja do krwawień nawet przy małych zranieniach albo po usunięciu zęba?

Tak Nie

.....

5. Czy przyjmuje Pani / Pan lekarstwa stale/często?

Tak Nie

Jeśli tak, jakie i jak często:

.....

.....

Szczegółowe informacje o stanie zdrowia będą przez Pacjenta wpisane do karty chorobowej Pacjenta.

Proszę w dniu zabiegu implantacji i w ciągu dwóch kolejnych dni:

- ✓ nie palić
- ✓ nie pić alkoholu
- ✓ nie wykonywać żadnego wysiłku fizycznego
- ✓ ograniczyć mówienie
- ✓ przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie,
- ✓ po jedzeniu przepłukiwać krótko jamę ustną zimną wodą lub zaleconą przez lekarza płukanką
- ✓ nie dotykać okolic implantu
- ✓ utrzymywać higienę jamy ustnej

Zastrzyki podane w celu uzyskania znieczulenia miejscowego mogą osłabić Pana (Pani) zdolność reakcji w ruchu ulicznym. Jeżeli lekarz nie zalecił inaczej, w ciągu 2-6 godzin po zastrzyku nie powinien Pan (Pani) zasiadać za kierownicą ani jeździć rowerem. W czasie 4 tygodni po implantacji proszę nie uprawiać sportu wyczynowego oraz unikać ekstremalnych obciążeń klimatycznych (jazda na nartach, podróż w tropiki).

Proszę natychmiast zgłosić się na wizytę jeśli wystąpią niecodzienne odczucia w miejscu implantacji.

Decydujący wpływ na sukces leczenia ma higiena jamy ustnej. Tylko w przypadku, gdy jesteście Państwo gotowi po każdym posiłku dokładnie czyścić zęby i okolice implantu, sukces powodzenia implantacji może być zapewniony. Nigdy nie należy zaniechać w przyszłości zabiegów higienicznych.

Oświadczam, że lekarz przeprowadził dzisiaj ze mną rozmowę objaśniającą na podstawie wskazówek zawartych w powyższej informacji, podczas której mogłem/am otrzymać odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie zagadnienia. Nie mam żadnych dalszych pytań i nie potrzebuję dodatkowego czasu do namysłu. Niniejszym zgadzam się na proponowany zabieg.

Nowy Sącz, dnia

.....
czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

.....
podpis lekarza prowadzącego - przyjmującego oświadczenie Pacjenta

Nowy Sącz, dnia

SCS PRIMADENT SP. Z O.O.
UL. NAWOJOWSKA 29
33-300 NOWY SĄCZ

Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu

W celu lepszego przebiegu procesu gojenia się po zabiegu, proszę o przestrzeganie następujących wskazówek:

- ✓ w dniu operacji i dwa dni po operacji nie palić i nie nadużywać alkoholu
- ✓ nie podejmować żadnego wysiłku fizycznego
- ✓ jeść i pić dopiero po upływie miejscowego znieczulenia
- ✓ przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie
- ✓ nie gryźć w okolicach implantu
- ✓ dbać o pozostałe zęby stosując ścisłą higienę jamy ustnej
- ✓ usta w okolicy rany tylko przepłukiwać; w czasie po zabiegu nie używać elektrycznej szczoteczki do zębów w okolicy rany; po jedzeniu przepłukać krótko jamę ustną zimną wodą lub płukanką zaleconą przez lekarza
- ✓ nie dotykać okolic implantu palcami ani językiem
- ✓ przy ewentualnych krwotokach skontaktować się natychmiast lekarzem dentystą
- ✓ w okolicy miejsca operacji, policzka i podbródka może wystąpić obrzęk, który po paru dniach zniknie, złagodzenie tych objawów można uzyskać stosując zimne okłady

Po zabiegu implanty zostają najczęściej natychmiast prowizorycznie zaopatrzone. Ostateczne zabezpieczenie następuje dopiero po upływie 16 do 28 tygodni po zabiegu. Przy implantach dwufazowych, które zaszyto, to znaczy, kiedy implant nie wystaje z błony śluzowej, implanty zostaną zabezpieczone śrubami zablizniającymi zwykle po upływie 16 do 28 tygodni. Dopiero później następuje właściwa rekonstrukcja protetyczna.

Ważne jest, żeby implanty były równomiernie obciążone. W razie gdyby Pan / Pani zauważył/a, że prowizoryczne zabezpieczenia implantów (korona, most tymczasowy) ruszają się (na skutek przedwczesnego kontaktu zębów), proszę natychmiast zgłosić się do lekarza dentysty na wizytę.

Lekarz prowadzący

.....

Czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

.....

Nowy Sącz, dnia

SCS PRIMADENT SP. Z O.O.
UL. NAWOJOWSKA 29
33-300 NOWY SĄCZ

UMOWA NA WYKONANIE IMPLANTACJI WSZCZEPÓW STOMATOLOGICZNYCH

zawarta w Nowym Sączu pomiędzy:

SCS PRIMADENT SP. Z O.O., adres: 33-300 Nowy Sącz, ul. Nawojowska 29, KRS:
0000949976, NIP: 7343605918, REGON: 521124799, zwaną dalej PRIMADENT ,

a

Imię, nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Tel.:

e-mail:

zwanym dalej PACJENTEM

§ 1

PACJENT zleca a PRIMADENT przyjmuje do wykonania zabieg implantacji wszczepów stomatologicznych opisany co do zakresu w „Zgodzie Pacjenta” z dnia

§ 2

Wynagrodzenie PRIMADENT wynosi:

.....
.....
.....
.....

płatne przelewem / gotówką do dnia

§ 3

PACJENT zobowiązuje się do osobistego pokrycia całości ustalonych kosztów planowanych procedur medycznych oraz kosztów zastosowanych materiałów zgodnie z załączonym cennikiem lub innymi pisemnymi ustaleniami oraz do pokrycia dodatkowych kosztów opisanych w nw. punktach.

§ 4

Jeżeli podczas zabiegu operacyjnego zaistnieje potrzeba zmiany koncepcji zabiegu polegającej na poszerzeniu zakresu zabiegu PACJENT zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur medycznych oraz materiałów zgodnie z załączonym cennikiem.

§ 5

PACJENT zobowiązuje się do zapłaty za wykonane dodatkowe (ponad planowane) procedury medyczne oraz do pokrycia kosztów dodatkowych materiałów maksimum w ciągu 14 dni od wykonania zabiegu.

§ 6

Jeżeli podczas zabiegu operacyjnego zaistnieje potrzeba zmiany koncepcji zabiegu polegającej na zmniejszenia zakresu zabiegu PRIMADENT zobowiązuje się do zwrotu kosztów niewykonanych procedur medycznych oraz związanych z tym kosztów zgodnie z załączonym cennikiem.

§ 7

W przypadku, w którym leczenie w części lub w całości mogłoby być finansowane z środków innych narodowych lub komercyjnych funduszy zdrowia, lub z odszkodowania czy świadczenia zakładów ubezpieczeń, lub przez inne podmioty czy osoby, PACJENT zobowiązuje się w własnym zakresie do dochodzenia kosztów zastosowanej procedury medycznej, bez cedowania dochodzenia roszczeń na placówkę medyczną, w której wykonywany będzie zabieg.

§ 8

W przypadku braku zapłaty w ustalonym terminie, za wykonane procedury lub koszty poniesione przez PRIMADENT / lekarza w związku z zabiegiem PACJENT zobowiązuje się, bez dodatkowego wezwania, do pokrycia ustawowych odsetek za opóźnienie a w przypadku konieczności wszczęcia procedury windykacyjnej lub konieczności dochodzenia roszczeń od innych podmiotów / osób zobowiązanych (do refundacji lub pokrycia kosztów zabiegu) zobowiązuje się do zapłaty kary umownej w wysokości 10% kosztów zabiegu nie mniej niż:

- a. 500 zł dla Pacjenta zamieszkałego w Polsce
- b. 1000 zł dla Pacjenta zamieszkałego poza granicami Polski.

§ 9

W przypadku wystąpienia konieczności usunięcia implantów w okresie integracji implantów z kością (4-7 miesięcy po zabiegu) lub po tym okresie PACJENT zobowiązuje się do pokrycia kosztów usunięcia oraz ponownego założenia implantu zgodnie z cennikiem.

§ 10

W sprawach nie uregulowanych mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 11

Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania. Umowa może ulec rozwiązaniu na mocy porozumienia stron.

§ 12

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

.....
Czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

.....
SCS PRIMADENT SP. Z O.O.