

**ZGODA NA LECZENIE ZACHOWAWCZE ( w tym znieczulenie )**

**Imię i nazwisko pacjenta:** .....

**Pesel:** .....

**Wiek:** .....

Ja niżej podpisany/na jako prawny opiekun, wyrażam zgodę na leczenie mojego dziecka ..... w Przychodni Stomatologii Dziecięcej Wiewiór.KA w zakresie poniżej opisanym.

Zgoda ta obowiązuje do momentu jej odwołania w formie pisemnej.

1. Zostałem/am poinformowany/a o aktualnym stanie zdrowia jamy ustnej, o planie i sposobie leczenia z kosztorysem. Mam świadomość możliwości wystąpienia powikłań w trakcie i po zabiegu. Wszystko zostało mi wyjaśnione i wszystko zrozumiałem/am.
2. Zostałem/łam poinformowany/a o możliwych reakcjach emocjonalnych mojego dziecka.
3. Poinformowałem/am lekarza o stanie zdrowia i przyjmowanych lekach w formie pisemnej. Oświadczenia o stanie zdrowia stanowi załącznik nr 1(karta pacjenta) do niniejszej zgody.
4. Po omówieniu reakcji emocjonalnych dziecka, sposobów leczenia, związanego z nimi ryzyka, świadomości podejmowania decyzji za małoletniego, zdecydowałem/am się na zaproponowane leczenie oraz koszty z nim związane.
5. Zostałem/am poinformowany/a o innych możliwościach wykonania zabiegu: wykonania sedacji farmakologicznej , DORMICUM (0/3 mg na 1 kg ciała), gazowej podtlenkiem azotu lub wykonania zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym. Wyrażam zgodę na wykonanie badania radiologicznego w wypadku koniecznym i zaleconym przez lekarza oraz przetwarzanie danych osobowych w celach diagnostycznych.
6. Poinformowano mnie , że mam prawo przerwać zabieg w każdym momencie i odwołać zgodę na dalsze leczenie.
7. Otrzymałem informacje dotyczącą ewentualnych zaleceń po zabiegowych.
8. Rozumiem, że zakres leczenia może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie wynikną nieprzewidywalne okoliczności, zwłaszcza rozszerzenie leczenia zachowawczego o leczenie endodontyczne. Wyrażam wówczas zgodę na dokonanie korekty planu leczenia i kosztów zgodnie z obowiązującym cennikiem .

9. Przyjmuję do wiadomości, że zaproponowane leczenie wykonywane jest zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i według najlepszej wiedzy lekarskiej.
10. Poinformowano mnie, że warunkiem powodzenia leczenia jest utrzymywanie prawidłowej higieny jamy ustnej, pełna sanacja(wyleczenie) całego uzębienia i zgłaszanie się do okresowych badań według zaleceń lekarza jednak nie rzadziej niż co 6 miesięcy co jest równoznacznym warunkiem gwarancji.
11. 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.
12. Prace są wykonane z najwyższą starannością i przy zachowaniu najwyższych standardów ,dotyczą leczenia w zakresie wyżej opisanym.
13. Wyrażam zgodę na ewentualne znieczulenie miejscowe, i nie znam żadnych przeciwwskazań do jego wykonania. Zostałem/am poinformowana o działaniach niepożądanych miejscowych (przedłużone działanie, pogryzienie znieczulonej okolicy, krwihak) i ogólnych (wzrost ciśnienia tętniczego , zawroty głowy, pocenie, drgawki, śpiączka, przyspieszenie akcji serca, wstrząs anafilaktyczny , wysypka skórna, pokrzywka, świąd, kurcz oskrzeli , obrzęk oskrzeli, niewydolność krążeniowo-oddechowa, wskutek wstrząsu anafilaktycznego).
14. Powyższe informacje otrzymałem w Książeczce Wiewiór.Ki oraz w formie ustnej.

.....  
Data

.....  
podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna Prawnego

