



Głogowscy s.c.

Gabinet:

Centrum Medyczne Głogowscy s.c/
Centrum Medyczne Roksolana i Piotr
Głogowscy
NIP: 7922312450
Paderewskiego 4
37-500 Jarosław, Polska

Pacjent:

Brak Danych
PESEL brak danych
zzz 00
00-000 xxx

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE - WSZCZEPIENIE IMPLANTÓW

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z 2008 r. nr 136 poz. 857 z późn. zm.) 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.) ja Brak Danych brak danych wyrażam zgodę na leczenie chirurgiczne - wszczepienie implantu/implantów zęba/zębów

.....
przez w Centrum Medyczne Głogowscy s.c/ Centrum Medyczne Roksolana i Piotr
Głogowscy Paderewskiego 4 37-500 Jarosław w dniu 2026/04/07.

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących, prawdziwych i kompletnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przebytych chorób, przyjmowanych leków, alergii oraz innych czynników mogących mieć wpływ na przebieg leczenia - zgodnie z ankietą medyczną stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego dokumentu.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania lekarza prowadzącego o wszelkich zmianach mojego stanu zdrowia mogących mieć wpływ na przebieg leczenia.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej, fotograficznej oraz innej dokumentacji medycznej niezbędnej do diagnostyki, planowania leczenia, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz celów archiwizacyjnych.

INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA

Zostałem(-am) poinformowany(-a):

1. O technice zabiegu oraz szczegółowo zapoznany(-a) z przebiegiem proponowanego leczenia implantologicznego, w tym o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
2. O tym, że ostateczna decyzja o możliwości wszczepienia implantu podejmowana jest przez lekarza podczas zabiegu chirurgicznego po odsłonięciu kości wyrostka zębodołowego. Struktura oraz jakość kości mogą być niekorzystne dla implantacji, czego nie zawsze można jednoznacznie ocenić na podstawie badań radiologicznych, w tym RTG lub CBCT.
3. O ryzyku oraz możliwości wystąpienia powikłań w trakcie lub po zabiegu, takich jak w szczególności:
 - obrzęk
 - krwawienie
 - ból

- krwiak
- zakażenie rany operacyjnej
- utrudnione lub przedłużone gojenie
- odślonięcie implantu
- brak integracji implantu z kością (brak osteointegracji)
- uszkodzenie struktur anatomicznych (np. nerwów lub zatoki szczękowej)
- zaburzenia czucia
- konieczność ponownego leczenia chirurgicznego lub usunięcia implantu.

4. O tym, że powodzenie leczenia implantologicznego zależy od wielu czynników, w szczególności:

- jakości i ilości kości
- stanu zdrowia pacjenta
- chorób ogólnoustrojowych
- przyjmowanych leków
- palenia tytoniu
- prawidłowej higieny jamy ustnej
- przestrzegania zaleceń lekarza.

5. O niekorzystnym wpływie palenia tytoniu oraz używek na proces gojenia oraz ostateczny wynik leczenia implantologicznego.

ZALECENIA POZABIEGOWE

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o konieczności przestrzegania zaleceń pozabiegowych, w szczególności dotyczących:

- a) zakazu prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
- b) zakazu spożywania alkoholu oraz palenia tytoniu przez co najmniej 10 dni po zabiegu
- c) konieczności przyjmowania przepisanych leków, w tym antybiotyków
- d) stosowania zaleconych preparatów antyseptycznych do płukania jamy ustnej
- e) zgłoszenia się na wizytę w celu usunięcia szwów chirurgicznych
- f) zgłaszania się na wizyty kontrolne wyznaczone przez lekarza
- g) ścisłego przestrzegania zasad higieny jamy ustnej.
- i) zalecanym wspomaganiu procesu gojenia poprzez **zabiegi laseroterapii**, które mogą przyspieszać regenerację tkanek, zmniejszać obrzęk oraz dolegliwości bólowe po zabiegu chirurgicznym.

HIGIENA JAMY USTNEJ I WIZYTY KONTROLNE

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że prawidłowa higiena jamy ustnej oraz regularne wizyty kontrolne stanowią niezbędny element utrzymania efektów leczenia implantologicznego.

Brak prawidłowej higieny jamy ustnej oraz niestosowanie się do zaleceń lekarza dotyczących regularnych wizyt higienizacyjnych może prowadzić do rozwoju **periimplantitis**, czyli zapalenia tkanek otaczających implant, w tym zapalenia kości wokół implantu. Choroba ta może powodować postępujący zanik kości, utratę stabilności implantu, a w konsekwencji konieczność jego usunięcia.

GWARANCJA NA LECZENIE

Warunkiem udzielenia **2-letniej gwarancji na leczenie implantologiczne** jest:

- zgłaszanie się przez pacjenta na **obowiązkowe wizyty kontrolne nie rzadziej niż co 6 miesięcy, wizyta płatna według cennika,**
- wykonywanie **profesjonalnej higienizacji jamy ustnej w gabinecie, w którym przeprowadzono leczenie implantologiczne, nie rzadziej niż co 6 miesięcy,**
- przestrzeganie zaleceń lekarza dotyczących higieny jamy ustnej.

W przypadku nieprzestrzegania powyższych zaleceń, w szczególności niestawiania się na wizyty kontrolne lub higienizacyjne, **gwarancja na leczenie wygasa**, a lekarz prowadzący oraz podmiot leczniczy **nie**

ponoszą odpowiedzialności za ewentualne powikłania lub utratę implantu.

CZYNNIKI MOGĄCE WPŁYWAĆ NA TRWAŁOŚĆ LECZENIA

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że:

- implant stomatologiczny jest **wyrobem medycznym**, a nie naturalną częścią organizmu i może ulec uszkodzeniu lub utracie w trakcie użytkowania,
- w trakcie życia pacjenta mogą występować naturalne zmiany w tkankach kostnych i miękkich, w tym **zanik kości**, które mogą wpływać na stabilność implantu oraz rekonstrukcji protetycznej,
- występowanie **bruksizmu (zgrzytania lub zaciskania zębów)** może prowadzić do przeciążeń implantu, elementów protetycznych oraz kości,
- nadmierne przeciążenia zgryzowe, parafunkcje oraz urazy mechaniczne mogą prowadzić do powikłań oraz utraty implantu.

W powyższych przypadkach lekarz prowadzący oraz podmiot leczniczy **nie ponoszą odpowiedzialności za powikłania wynikające z tych czynników.**

POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE GWARANCJI I LECZENIA W INNYCH GABINETACH

Pacjent przyjmuje do wiadomości, że warunkiem utrzymania gwarancji na leczenie implantologiczne jest wykonywanie wizyt kontrolnych oraz profesjonalnej higienizacji jamy ustnej **w gabinecie, w którym przeprowadzono leczenie implantologiczne**, chyba że lekarz prowadzący wyrazi pisemną zgodę na wykonanie tych procedur w innym podmiocie leczniczym.

W przypadku wykonywania zabiegów diagnostycznych, higienizacyjnych lub leczniczych dotyczących wszczepionych implantów lub prac protetycznych w innym gabinecie stomatologicznym bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem prowadzącym, **gwarancja na leczenie implantologiczne wygasa.**

Podmiot leczniczy nie ponosi odpowiedzialności za powikłania, uszkodzenia lub niepowodzenia leczenia powstałe w wyniku ingerencji osób trzecich lub leczenia prowadzonego w innych placówkach medycznych bez wiedzy i zgody lekarza prowadzącego.

KOSZTY LECZENIA

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o kosztach leczenia implantologicznego i je akceptuję.

OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Oświadczam, że treść niniejszego dokumentu została mi przedstawiona w sposób zrozumiały. Miałem(-am) możliwość zadawania pytań i uzyskałem(-am) wyczerpujące odpowiedzi dotyczące planowanego leczenia, jego przebiegu, możliwych powikłań oraz alternatywnych metod leczenia, w tym możliwości zaniechania leczenia.

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że jak w przypadku wszystkich procedur medycznych **nie można zagwarantować pełnego sukcesu leczenia.**

Przyjmuję do wiadomości, że leczenie implantologiczne **nie zabezpiecza przed próchnicą ani chorobami przyzębia.**

Mam świadomość, że **mogę w każdej chwili odwołać zgodę na leczenie.**

Data

07/04/2026

Data podpisu

Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna