Data utworzenia **08:53, 07/04/2026**

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

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 z zakresu chirurgii stomatologicznej w tutejszej poradni.

Rodzaj zabiegu:

..... wykonanym przez .....

Zabieg może obejmować w szczególności procedury chirurgiczne takie jak m.in.: resekcja wierzchołka korzenia, chirurgiczne usunięcie zębów, usunięcie zębów zatrzymanych lub częściowo zatrzymanych, augmentacja kości, regeneracja kości, podniesienie dna zatoki szczękowej (sinus lift), zabiegi regeneracji tkanek miękkich i twardych oraz inne procedury chirurgii stomatologicznej konieczne do przeprowadzenia planowanego leczenia.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

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

Zobowiązuję się poinformować lekarza prowadzącego o wszelkich zmianach mojego stanu zdrowia.

Przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje stanowią dane poufne objęte tajemnicą medyczną.

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZABIEGU

Zostałem(-am) poinformowany(-a):

1.

o technice zabiegu oraz szczegółowo zapoznany(-a) z przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym lub – w uzasadnionych przypadkach – w znieczuleniu ogólnym.

2.

o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań w trakcie lub po zabiegu, takich jak w szczególności:

- obrzęk
- krwawienie
- krwiak

- ból pozabiegowy
- zakażenie rany operacyjnej
- utrudnione lub przedłużone gojenie się rany
- zapalenie tkanek miękkich lub kości
- rozejście się rany chirurgicznej
- uszkodzenie struktur anatomicznych (np. nerwów lub zatoki szczękowej)
- przejściowe lub trwałe zaburzenia czucia
- powstanie przetoki ustno-zatokowej
- konieczność dodatkowego leczenia lub ponownego zabiegu chirurgicznego.

3.
o tym, że w przypadku zabiegów takich jak augmentacja kości lub regeneracja tkanek może wystąpić częściowa lub całkowita resorpcja materiału kostnego, a uzyskany efekt może wymagać dodatkowych procedur chirurgicznych.
4.
o tym, że w przypadku zabiegów w okolicy zatoki szczękowej istnieje możliwość jej otwarcia, zapalenia lub konieczności dodatkowego leczenia.
5.
o tym, że niedostateczna higiena jamy ustnej może prowadzić do stanów zapalnych tkanek, w tym zapalenia kości, co może skutkować koniecznością dodatkowego leczenia lub kolejnych zabiegów chirurgicznych.
6.
o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu oraz używek na proces gojenia tkanek oraz końcowy wynik leczenia chirurgicznego.
7.
o tym, że w trakcie zabiegu chirurgicznego mogą wystąpić sytuacje kliniczne, których nie można było przewidzieć przed rozpoczęciem zabiegu. W takich przypadkach lekarz prowadzący może podjąć decyzję o **zmianie lub rozszerzeniu zakresu zabiegu**, jeżeli będzie to konieczne dla bezpieczeństwa pacjenta lub uzyskania właściwego efektu leczenia.

ZALECENIA POZABIEGOWE

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o konieczności przestrzegania zaleceń po zabiegu, w szczególności o:
a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego przez kilka dni po zabiegu
b) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
c) zakazie spożywania alkoholu oraz palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
d) konieczności przyjmowania przepisanych leków, w tym antybiotyku
e) konieczności stosowania zaleconych preparatów antyseptycznych do płukania jamy ustnej
f) konieczności zgłoszenia się na wizytę w celu usunięcia szwów chirurgicznych
g) konieczności zgłaszania się na wizyty kontrolne w terminach wyznaczonych przez lekarza
h) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
i) zalecanym wspomaganiu procesu gojenia poprzez **zabiegi laseroterapii**, które mogą przyspieszać regenerację tkanek, zmniejszać obrzęk oraz dolegliwości bólowe po zabiegu chirurgicznym.

KOSZTY LECZENIA

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o kosztach leczenia i akceptuję je (z wyłączeniem świadczeń realizowanych w ramach NFZ).

OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Powyższe informacje przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am). Uzyskałem(-am) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące proponowanego leczenia w moim przypadku.
Zostałem(-am) poinformowany(-a) o alternatywnych możliwościach leczenia, w tym o możliwości zaniechania leczenia oraz o konsekwencjach wynikających z takiej decyzji.
Rozumiem, że jak w przypadku wszystkich procedur medycznych **pozytywny efekt leczenia nie może być zagwarantowany**.

Przyjmuję do wiadomości, że zabieg chirurgiczny wykonywany jest w celu rozwiązania konkretnego problemu zdrowotnego i nie wyklucza możliwości wystąpienia innych schorzeń w przyszłości.
Mam świadomość, że **mogę w każdej chwili odwołać zgodę na leczenie**.
Data
07/04/2026

Data podpisu

Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna