

**Zgoda na leczenie
w NZOZ ORIDENT Stomatologia**

I. W dniu, o godzinie

został(a) przyjęty(ta).....

zam. Tel.

w celu wykonania zabiegu:

- 1) leczenia kanałowego
- 2) usunięcia zęba
- 3) inne
- 4) inne

Pacjent został poinformowany o konieczności leczenia, pouczony o sposobie i przebiegu leczenia oraz jego zgodności z aktualną wiedzą medyczną. Przeprowadzono wywiad na temat stanu zdrowia, przyjmowanych leków, reakcji uczuleniowych na leki.
(ewentualne uwagi).....

Pacjentowi przedstawiono pisemną informację o ryzykach związanych z leczeniem, oraz o możliwości wystąpienia powikłań, którą po przeczytaniu podpisał (załącznik nr 1).

II. **Wyrażenie zgody na leczenie przez Pacjenta*** (przedstawiciela ustawowego osoby poniżej lat 18-tu, ubezwłasnowolnionej całkowicie, ubezwłasnowolnionej częściowo. Od osób pomiędzy 16 a 18 rokiem życia odbiera się zgodę niezależnie od odebrania zgody od ich przedstawiciela ustawowego)

- 1) Czy wyraża Pan(Pani) zgodę na przeprowadzenie wskazanego leczenia?
.....
- 2) Czy wyraża Pan (Pani) zgodę na zastosowanie znieczulenia miejscowego?
.....
- 3) Czy otrzymał(a) Pan (Pani) przystępną informację o ryzykach i możliwych powikłaniach związanych z leczeniem, znieczuleniem ?
.....
- 4) Czy zgłasza Pan (Pani) uwagi odnośnie przedstawionych pouczeń bądź zalecanego leczenia ?
.....
- 5) Czy zobowiązuje się Pan (Pani) przestrzegać zaleceń lekarskich odnośnie utrzymywania higieny jamy ustnej, wyznaczonych terminów wizyt kontrolnych, podczas których każdorazowo zostanie wykonane zdjęcie RTG?
.....
- 6) Oświadczam, iż znam i rozumiem treść tego pisma, i w mojej obecności wypełniono puste miejsca, co poświadczam podpisem.

Poznań dnia

Podpis osoby odbierającej oświadczenie

Podpis pacjenta (przedstawiciela ustawowego)

*Proszę w odpowiedzi na pytania w części II wpisać słownie tak albo nie