

Souhlas s provedením lékařského výkonu

Pacient: Pan/Paní :

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo:

.....svým podpisem stvrzuje svůj souhlas s níže uvedeným textem.

1. Je mi známo, že ve smyslu mého přání a s mým plným souhlasem mi bude provedena operace: zavedení umělého zubního kořene - zubního implantátu.
2. O způsobu provedení operace, jejím účelu a cíli, stejně tak jako i o všech výhodách i nevýhodách zvoleného ošetření jsem byl(a) předem ústně i písemně informován(a). Zvláště jsem byl(a) informován(a) o riziku eventuální ztráty implantátu jak v průběhu léčení, tak i v dalším období. Přijímám skutečnost, že při případném nevhojení implantátu nebo jiné obdobné komplikaci mi ošetřující lékař či zdravotnické zařízení nemůže vrátit zpět peníze zaplacené za implantát a jeho zavedení.
3. Byl(a) jsem seznámen(a) s časovým plánem ošetření, o první operaci, vhojovacím období, event. o další operaci a o protetickém dolečení. Plán protetického ošetření byl navržen a bude realizován:
4. Byl(a) jsem předem informován(a) o cenovém plánu ošetření a předem upozorněn(a) na to, že moje zdravotní pojišťovna nebude hradit náklady na provedení tohoto výkonu.
5. Byl(a) jsem upozorněn(a) na to, že během lékařského výkonu mohou nastat okolnosti, které si vyžádají změnu postupu oproti původnímu plánu. Byl(a) jsem poučen(a) o možných komplikacích při hojení ve smyslu pooperační bolesti, otoku a možného krvácení rány.
6. Jsem si zejména vědom(a) povinnosti, které na sebe v souvislosti s provedením lékařského výkonu беру, t.j. provádění dokonalé ústní hygieny (včetně perfektního čištění zubů) a účast na pravidelných kontrolách podle požadavku lékaře. Dále jsme byl(a) poučen(a), že po dobu asi jednoho týdne po implantaci se budu muset, vzhledem k nutnému zajištění klidu pro hojení operační rány, stravovat pouze tekutou a měkkou (event. mixovanou) stravou. V uvedeném období rovněž nebudu požívat alkoholické nápoje a kouřit.

Se zavedením zubního implantátu i s výše uvedenými podmínkami souhlasím a prohlašuji, že tak činím dobrovolně ze své vůle.

V Praze dne:.....

.....
ošetřující lékař(ka)

.....
pacient(ka)