

MEDIKAP s.r.o.
privátní zubní praxe
Jiřího Potůčka 228
Pardubice 530 09

Souhlas pacienta/ pacientky s výkonem

Pacient/ka Rodné číslo
Jméno příjmení

Informace o výkonu: **extrakce (vytržení) zubu/ zubů**

Důvodem vytržení zubu je některé z jeho nevratných postižení event. nepříznivé polohy, které nelze v dané době a situaci ošetřit jakýmkoliv jiným způsobem tak, aby zub mohl být zachován. Vytržení zubu může být spojeno s potřebou dalšího ošetření rány po odstraněném zubu.

Konečným výsledkem ošetření je trvalá ztráta daného zubu/ zubů. Zákrok je vždy spojen s různě intenzivními subjektivními potížemi, mezi které patří bolest, ztížený příjem potravy, omezené otevírání úst, ztížené provádění ústní hygieny.

Může být spojen i s dočasným výskytem zdravotních komplikací, které nejsou před zákrokem jasně předvídatelné. Jsou jimi zejména otok, krevní výron, omezené otevírání úst, bolestivé polykání a event. omezení pracovní schopnosti.

V případě neprořezaných, částečně prořezaných nebo zubů s anomáliemi kořene může dojít k přechodné poruše citlivosti jazyka, nebo dolního rtu na operované straně. Tato ztráta citlivosti může být i ve výjimečných případech trvalá. Jako komplikace výkonu dále hrozí zlomenina dolní čelisti. Současně může dojít při operačním výkonu k poškození zubů v okolí operační rány nebo i v protilehlé čelisti.

Zamezit jim lze zčásti nebo i zcela dodržováním individuálních opatření doporučených ošetřujícím lékařem.

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí a s provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů. Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví. Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dne

Jméno zákonného zástupce

Podpis zákonného zástupce.....

