

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG USUNIĘCIA ZĘBA / ZĘBÓW

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

seria i numer dowodu osobistego.....

wydanego przez

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) 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.) wyrażam zgodę na zabieg chirurgiczny – usunięcia zęba/zębów.

1.data ząb/zęby przez lekarza dentystrę
.....2.data ząb/zęby przez lekarza dentystrę
.....3.data ząb/zęby przez lekarza dentystrę
.....4.data ząb/zęby przez lekarza dentystrę
.....5.data ząb/zęby przez lekarza dentystrę
.....

w NZOZ PRESTIGE z siedzibą w 45-531 Opole przy ul. Gustawa Morcinka 43

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z wywiadem epidemiologicznym i kwestionariuszem stanu zdrowia stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się, powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są danymi poufnymi.

Zostałem/-am poinformowany/-a :

- o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym,
- o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej, wysoka temperatura ciała. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek.

