

Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта) на видалення зуба

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Пацієнт – Ім'я та прізвище:	
Ім'я законного представника (опікуна):	Персональний номер:

Назва процедури

Видалення зуба

Мета процедури

Видалення зуба, що викликає дискомфорт.

Характер процедури

Хірургічне втручання - видалення зуба під ін'єкційною анестезією.

Очікувана користь від процедури

Усунення дискомфорту.

Альтернатива процедури

Відсутня.

Наслідки процедури

- ризик кровотечі з ложа після видалення
- 48-72 години після видалення - запалення ложа

Можливі ризики обраної процедури

Реакція після ін'єкційної анестезії, перелом зуба, перелом частини кісткового ложа, виштовхування зуба або його частини в нижньощелепний канал або гайморову пазуху, повне або часткове порушення чутливості язика або нижньої губи, дуже рідко - перелом щелепи.

Згода:

прим. Обведіть кружком свою відповідь:

Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	ТАК	НІ
Мене повідомили про можливі обмеження у звичайному способі життя та в працездатності після відповідної медичної процедури, у разі можливої чи очікуваної зміни стану здоров'я також про зміни здоров'я.	ТАК	НІ
Мене повідомили про схему лікування та відповідні профілактичні заходи, про проведення медичних оглядів.	ТАК	НІ
Я зрозумів/зрозуміла усі ці пояснення та інформацію, яку мені надав мій лікар, я мав/мала можливість задати додаткові запитання, на які відповів мій лікар.	ТАК	НІ

Після вищевказаного ознайомлення заявляю:		
- що я згоден/згідна із запропонованим доглядом і виконанням процедури, а також у разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового виконання інших втручань, необхідних для порятунку життя чи здоров'я.	ТАК	НІ
- що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.	ТАК	НІ
- що, у разі потреби, я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча) для необхідних досліджень, щоб виключити, зокрема, інфекційне захворювання.	ТАК	НІ

Дата	Час	Підпис пацієнта або законного представника (опікуна)

Ім'я та прізвище лікаря, що надав інформацію	Підпис лікаря, що надав інформацію

Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:			
Як пацієнт висловив свою волю :			
Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Підпис медичного працівника / свідка	Дата	Година