

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s vytažením zubu

| | |
|--|-----------------------------------|
| Pacient – jméno a příjmení: | Rodné číslo (číslo pojištění): |
| Datum narození: (není-li rodné číslo) | Kód zdravotní pojišťovny: |
| Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa) | |
| Jméno zákonného zástupce (opatrovníka): | Rodné číslo: |

Název výkonu
Vytažení zubu
Účel výkonu

Odstranění zubu působícího obtíže.

Povaha výkonu

Chirurgický výkon – odstranění zubu v injekčním znecitlivění.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění obtíží.

Alternativa výkonu

Neexistuje.

Následky výkonu

- riziko krvácení z lůžka po extrakci
- s odstupem 48-72 hodin zánět lůžka po extrakci

Možná rizika zvoleného výkonu

Reakce po injekční anestézii, zlomení zubu, zlomení části kostního lůžka, zatlačení zubu nebo jeho části do mandibulárního kanálu nebo v horní čelisti do čelistní dutiny, úplná nebo částečná porucha citlivosti jazyka nebo dolního rtu, velmi vzácně zlomenina čelisti.

Souhlas:
pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:

| | | |
|--|-----|----|
| Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit. | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti. | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů. | ANO | NE |

| | | |
|---|-----|----|
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny. | ANO | NE |
|---|-----|----|

| Po výše uvedeném seznámení prohlašuji: | | |
|---|-----|----|
| - že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením. | ANO | NE |
| - že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. | ANO | NE |
| - že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby. | ANO | NE |

| Datum | Hodina | Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|-------|--------|---|
| | | |

| Jméno příjmení lékaře, který podal informaci | Podpis lékaře, který podal informaci |
|--|--------------------------------------|
| | |

| Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat: | | | |
|---|---|-------|--------|
| | | | |
| Jak pacient projevil svou vůli: | | | |
| | | | |
| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum | Hodina |
| | | | |