

SOUHLAS SE ZÁKROKEM U ZUBNÍHO LÉKAŘE

Pacient	
jméno a příjmení	
datum narození	
zdrav. pojišťovna	

Pacient tímto sděluje, že souhlasí se zákrokem:

zárok	- platí zakroužkovaná varianta, neplatná varianta je proškrtnuta
účel zákroku nebo série zákroků	<ul style="list-style-type: none"> a) Konzervační ošetření – ošetření zubního kazu, úrazů zubů a jejich komplikací, defektů zubů pomocí plastických výplní: provizorní vložky, kompozitní (bílé) výplně, GIC (bílé) výplně. Cílem ošetření je záchrana postiženého zubu a jeho zachování v dutině ústní. b) Endodontické ošetření – ošetření postiženého nebo infikovaného kořenového systému zubu následkem úrazu nebo velmi hlubokého kazu, ošetření spočívá v důkladném pročištění a dezinfekci kořenových kanálků a jejich hermetickém zaplnění. Cílem léčby je předejít nebo léčit bakteriální infekci v kořenových kanálcích zubu případně v kosti a zachovat zub v dutině ústní. c) Reendodontické ošetření – opakované ošetření kořenového systému zubu po předchozím nedokonalém endodontickém ošetření nebo při periapikálním nálezu na kořenu/kořenech zubu d) Chirurgické ošetření – trhání zubu nebo kořenu, dekapsulace, incize e) Protetické ošetření – ošetření, když je zub nezvratně poškozený kazem a na obnovení jeho tvaru a funkce nestačí prosté ošetření plastickou výplní, při ztrátě zubů, případně z důvodu estetické korekce (onlay, fazety, korunky, můstky, protézy). f) Dentální hygiena – ošetření při zjištění nedostatků v péči o zuby, spočívá v důkladném vyšetření, určení indexů dentální hygieny, odstranění zubního kamene, povlaku a pigmentací, návčiku správné techniky čištění zubů, výběru vhodných dentálních pomůcek. g) Podání lokální anestezie – injekce na znecitlivění
	<ul style="list-style-type: none"> a) Konzervační ošetření:

povaha zákroku příp. finanční plán	<p>b) Endodontické ošetření:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>c) Reendodontické ošetření:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>d) Chirurgické ošetření:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>e) Protetické ošetření:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>f) Dentální hygiena:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>g) Podání lokální anestezie:</p>
rizika zákroku	<p>a) Konzervační ošetření: citlivost po zákroku, podráždění zubní dřevě až ztráta vitality zubu, fraktura zubu, poranění okolních tkání</p> <p>b) Endodontické ošetření: citlivost po zákroku, via falsa – zcestní preparace, fraktura zubu, nedokonalé zaplnění kořenového systému (např. při neprůchodnosti kořenových kanálků nebo při jejich nepříznivé anatomii), zalomení kořenového nástroje v kořenovém kanálku, poškození okolních tkání, vznik periapikálního nálezu až cysty na kořeni zubu, rozšíření infekce z kosti do okolních měkkých tkání – vznik otoku</p> <p>c) Reendodontické ošetření: viz. b)</p> <p>d) Chirurgické ošetření: u trhání zubu – fraktura zubu, zalomení kořene, poranění okolních tkání, zanesení infekce do tkáně, kolemčelistní záněť, krvácení rány, modřina, oroantrální/oronasální komunikace, fraktura čelisti</p> <p>e) Protetické ošetření: viz. a)</p> <p>f) Dentální hygiena: citlivost po zákroku, poranění okolních tkání, při pokročilé parodontitidě vklavost zubů po odstranění velkých nánosů zubního kamene</p> <p>g) Podání lokální anestezie: alergická, toxická a anafylaktická reakce, hematom (modřina), poranění okolních tkání (cévy, nervu, svalů), zalomení jehly, zanesení infekce do tkáně z dutiny ústní, nekrotické změny sliznice</p>

Pacient tímto potvrzuje, že byl informován o tom, že udělený souhlas může kdykoliv vzít zpět.

Pacient níže svým podpisem potvrzuje, že byl/a lékařkou/lékařem poučen/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu i předpokládaných důsledcích a následcích výše uvedeného zdravotního zákroku, jakož i o možných rizicích spojených s tímto výkonem a o jeho alternativách.

Pacient je srozuměn/a s možností dočasného omezení v běžném způsobu života v souvislosti s provedeným zdravotním zákrokem.

Pacient bere na vědomí doporučený léčebný režim související s provedeným zdravotním úkonem.

Pacient prohlašuje, že informacím poskytnutým poučujícím lékařem plně rozumí, nemá k nim dalších otázek a po jejich zvážení podstupuje výše uvedený zdravotní zákrok dobrovolně.

V Novém Městě pod Smrkem dne _____

Lékař

Pacient