

SOUHLAS PACIENTA

Já, dále podepsaný/á

jméno, příjmení, titul

rodné číslo/číslo pojištěnce

bytem trvale/přechodně

potvrzuji, že:

jsem byl/a zdravotnickým zařízením, který je společnost Svět Stomatologie s.r.o., sídlem Plzeňská 2621/2, Zábřeh, 700 30 Ostrava, IČO 223 46 287 (dále také „Zdravotnické zařízení“) informována, že mi má být proveden léčebný výkon, a to:

ZHOTOVENÍ AMALGÁMOVÉ VÝPLNĚ

Prohlašuji, že s provedením léčebného výkonu souhlasím.

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámena s tím, že důvodem pro provedení léčebného výkonu je skutečnost:

obnovení funkce, tvaru a estetiky poškozeného zubu

Před provedením léčebného výkonu jsem byl/a informována, že léčebný výkon by nemohl být proveden nebo by jeho provedení muselo být zváženo v případě, kdy bych trpěl/a některým z dále uvedených problémů nebo bych užíval/a některou z dále uvedených medikací:

Svým podpisem dále stvrzuji, že žádným z výše uvedených problémů netrpím a neužívám žádnou z výše uvedených medikací neužívám.

Před provedením léčebného výkonu jsem byl/a informována, že v souvislosti s provedením léčebného výkonu mohou nastat následující komplikace:

Přechodná bolest nebo citlivost zubu

- Může trvat několik dní až týdnů po zákroku.
- Nejčastěji při kousání, kontaktu se studeným nebo teplým jídlem/nápojem.
- Obvykle odezní spontánně – přetrvávající bolest může znamenat poškození zubní dřeně → nutnost dalšího ošetření (např. endodoncie).

Zánět zubní dřeně (pulpitis)

- Vzniká jako reakce na hluboký kaz nebo příliš velkou výplň.
- Projevuje se silnou bolestí, zejména v noci nebo na teplé podněty.
- Může vyžadovat ošetření kořenových kanálků.

Prasknutí zubu (fraktura)

- Amalgám nelepí na zub – při velkém rozsahu výplně může dojít k oslabení zubních stěn.
- Může se objevit po delší době (i roky po zhotovení).
- Typicky při kousnutí na tvrdý předmět → někdy nutná extrakce zubu nebo protetická náhrada (korunka).

Uvolnění nebo vypadnutí výplně

- Při poruše mechanické retence nebo nedostatečné preparaci.
- Může být doprovázeno bolestí, citlivostí nebo zánětem okolní tkáně.

Alergická nebo přecitlivělostní reakce (vzácné)

- Na rtuť nebo jiné složky slitiny (např. měď, cín).
- Projevy: svědění, pálení sliznice, pocit kovové chuti, ekzém v ústech nebo kolem rtů.
- Potvrzení vyžaduje dermatologické testy.

Galvanické proudy (elektrochemická reakce)

- Vznikají, pokud má pacient v ústech **různé kovy** (např. amalgám + zlato).
- Může způsobit nepříjemný **elektrický pocit** nebo **kovovou chuť** v ústech.

Zabarvení zubu nebo dásně (amalgamový tetováž)

- Amalgám může způsobit **tmavé zabarvení zubu** nebo okolní dásně (při zavedení částice pod sliznici).
- Estetický problém, není škodlivý.

Chronické zatížení při skřípání zubů (bruxismus)

- U pacientů s bruxismem může dojít k **postupnému opotřebení výplně** nebo jejímu uvolnění.
- Může také poškodit protějščí zuby.

V případě, kdy shora popsané obtíže budou intenzivní nebo budou trvat delší dobu, byl/a jsem informována o tom, že mám vyhledat lékařskou pomoc.

Před provedením léčebného výkonu jsem byl/a informována, že po provedení léčebného výkonu mám dodržovat následující režim:

- Nekousat na výplň alespoň 1–2 hodiny
- Vyhýbat se tvrdým a lepivým jídlům po dobu 24 hodin
- V případě výplně ve více zubech – kousat opačnou stranou
- Zvýšená ústní hygiena

Před provedením léčebného výkonu jsem byl/a informována, že provedení léčebného výkonu

- je plně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění
- je částečně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění
- není vůbec hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

S ohledem na skutečnost, že provedení léčebného výkonu není plně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění, byl/a jsem informována o tom, že budu muset uhradit za provedení léčebného výkonu částku:

Prohlašuji, že souhlasím s uhrazením uvedené částky za provedení léčebného výkonu.

Prohlašuji, že souhlasím s tím, aby mi léčebný výkon byl proveden dnešního dne.

V _____ dne _____
