

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:

ENDODONTICKÉ OŠETŘENÍ

Prohlašuji, že s provedením léčebného výkonu souhlasím.

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

- fraktura (zlomenina) zubu
- zánět zubní dřeně
- nekróza (odumření) zubní dřeně
- protetická indikace – preventivní endodoncie před protetickým ošetřením 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:

• oddělení části kořenového nástroje – Fragment je nutno vyjmout nebo obejít, za určitých okolností ho lze v zubu i ponechat. Ponechání fragmentu zvyšuje pravděpodobnost selhání ošetření a v krajním případě může vést i ke ztrátě zubu. • perforace kořenového systému – Vzácná komplikace vzniká nejčastěji při neobvyklé anatomii kořene. Za určitých okolností lze perforaci uzavřít, jindy může znamenat ztrátu zubu. • fraktura kořene – Vzácně může dojít při endodontickém ošetření k prasknutí kořene. Zub je pak nutné extrahovat (vytrhnout). • velmi vzácně emfyzém měkkých tkání • podráždění měkkých tkání výplachovým roztokem – Toto riziko je minimalizováno použitím kofferdamu. • polknutí nebo vdechnutí kořenového nástroje – Toto riziko je eliminováno použitím kofferdamu. • selhání endodontického ošetření – I navzdory dodržování přísného protokolu může dojít k selhání endodontického ošetření. Projevem selhání je přítomnost nebo přetrvávání klinických či rentgenologických známek zánětu. Stav lze řešit opakováním ošetření (reendodoncií) případně extrakcí zubu.

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:

Ošetřený zub a okolní tkáně mohou být omezenou dobu citlivé zejména na skus a dotek jako následek proběhlého ošetření. Tato doba je velmi individuální a může se protáhnout až na několik týdnů. Citlivost je možné omezit aplikací tzv. suchého tepla přes kůži na postiženou oblast (např. solux nebo žárovka). Pokud je to nutné, lze užívat běžná volně dostupná analgetika (např. Ibalgin). • Endodonticky ošetřený zub je ve většině případů nutné opatřit laboratorně zhotovenou protetickou prací (onlay, korunka apod.), méně často kompozitní výplní. Dokud není ošetření zubu tímto způsobem definitivně ukončeno, vyhýbejte se plnému zatěžování zubu. Zvláště nebezpečná jsou tvrdá sousta (např. oříšky), jejichž kousání může vést až k rozlomení a ztrátě oslabeného zubu. • Je-li zub opatřen provizorní výplní, je nutné dokončit ošetření do jednoho měsíce, aby se zabránilo opětovné infekci kořenových kanálků. • Ve výjimečných případech se po endodontickém ošetření mohou objevit intenzivní bolesti nebo otok. Přestaňte aplikovat teplo (pokud bylo aplikováno) a kontaktujte svého lékaře.

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 _____
