

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres:

## INFORMACJA / ZGODA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Rozumiem i przyjmuję do wiadomości, że leczenie kanałowe (endodontyczne) jest procedurą mającą na celu zachowanie i wyleczenie zęba, który w innym wypadku wymagałby usunięcia.

1. Rezygnacja z leczenia kanałowego może prowadzić do utraty zęba, uszkodzenia kości spowodowanego powstaniem zmian ropnych lub nawet infekcji obejmujących cały organizm pacjenta.

2. Pewien niewielki odsetek (5-10%) procedur endodontycznych kończy się niepowodzeniem i takie zęby wymagają leczenia zabiegiem chirurgicznym, lub nawet usunięcia.

3. Warunkiem powodzenia leczenia kanałowego jest, oprócz szczelnego wypełnienia kanału- także szczelne wypełnienie ubytku, a jeśli nie jest to możliwe ze względu na duże zniszczenie zęba - wykonanie wkładu koronowo-korzeniowego i korony protetycznej.

4. Podczas leczenia mogą wystąpić dolegliwości bólowe, obrzęk a nawet ropień, a co za tym idzie konieczną może się okazać interwencja chirurgiczna i/lub antybiotykoterapia.

5. W przypadku leczenia zębów ze zmianami okołowierzchołkowymi istnieje ryzyko (14-26%), że pomimo prawidłowo przeprowadzonego leczenia zmiany nie cofną się. W takim przypadku leczenie polega na usunięciu wierzchołka korzenia wraz ze zmianami, a czasem usunięciu całego zęba.

6. Powtórne leczenie kanałowe (poprawienie starego leczenia kanałowego), zamykanie perforacji oraz usuwanie w mikroskopie złamanych narzędzi kanałowych to zawsze procedury warunkowe i należy się liczyć z możliwością utraty zęba. Brak powodzenia takiego leczenia nie uprawnia do zwrotu poniesionych na leczenie kosztów.

7. Po zakończeniu leczenia konieczna jest kontrola radiologiczna zęba po 6 miesiącach, a następnie raz na rok przez cztery lata.

Jestem poinformowany(a) o przewidywanych kosztach

leczenia: .....

.....

**Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o przebiegu, celowości, następstwach i ewentualnych powikłaniach leczenia kanałowego. Miałem(am) możliwość zadawania lekarzowi pytań i zrozumiałem(am) odpowiedzi.**

**Niniejszym świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na leczenie kanałowe :**

**data i podpis Pacjenta**

**podpis lekarza**

Dane statystyczne (w %), są przedstawione na podstawie międzynarodowego piśmiennictwa naukowego.