

NZOZ Specjalistyczna Klinika Stomatologiczna
„IMPLADENT”
dr n. med. Adam Ziemlewski
specjalista chirurgii szczękowo - twarzowej
80-180 Kowale; ul. Andromedy 3
tel. (58) 691-71-47 tel. kom. 0-501-155-036
www.ziemlewski.pl

Imię:
Nazwisko:
Data ur.:
Adres:

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na leczenie z wykorzystaniem wszczepów śródkostnych uzupełniających braki uzębienia. Zabieg implantacji wszczepów przeprowadzony będzie w znieczuleniu miejscowym.

Zostałem(am) poinformowany(a) :

1. O możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem i przebiegiem gojenia.
1. O tym, że powodzenie samego zabiegu jak i okres przetrwania wszczepu w jamie ustnej są niemożliwe do przewidywania w pojedynczym przypadku. Prognozowanie jest oparte na danych statystycznych.
2. O kosztach leczenia, które akceptuję.
3. O innych metodach leczniczych, jakie mogą być zastosowane.

Decyzję wyboru systemu implantologicznego pozostawiam zespołowi lekarskiemu. Wiem, że dopiero podczas zabiegu może okazać się konieczne poszerzenie jego zakresu, lub zmiana zaplanowanych etapów.

Stwierdzam, że wyjaśnienia udzielone mi na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia, a także możliwych powikłań były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący. Zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem(am) wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości.

Wyrażam również zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej. Zobowiązuje, się do przestrzegania zaleceń lekarskich. Poinformowano mnie, że wynik leczenia w znacznej mierze zależy od zachowania perfekcyjnej higieny jamy ustnej oraz przestrzegania regularnych badań kontrolnych.

Data i podpis pacjenta

Lekarz

.....