

Vážená paní, vážený pane,
zdravotní výkon, který na našem pracovišti podstoupíte, vyžaduje Váš

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas znamená, že budete v následujícím textu podrobně, odborně a pro Vás srozumitelně poučen/a o navrhovaném postupu léčby. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích zdravotního výkonu.

Název výkonu: **ZAVEDENÍ IMPLANTÁTU**

1. Důvod a cíl výkonu

Cílem zákroku je náhrada chybějícího zubu ve stále dentici pomocí implantátu. Implantát je cizí biokompatibilní materiál, titan, zaváděný pomocí chirurgických postupů do oblasti chybějícího zubu, do kosti horní nebo dolní čelisti.

2. Povaha a následky výkonu

Jedná se o ambulantní výkon, prováděný v lokální anestezii. Výkon není hrazený ze zdravotního pojištění. Je plně hrazen pacientem. Pacient je seznámen s výběrem implantátu systému BioniQ, které přicházejí v souvislosti s léčebným plánem v úvahu. Pacient byl poučen o způsobu implantace, výhodách a nevýhodách tohoto způsobu ošetření. Zavazuje se uhradit implantaci dle aktuální ceny platné v den implantace.

3. Rizika výkonu

I při správném postupu v souladu s profesními povinnostmi a standardy může vzniknout v souvislosti s výkonem následující komplikace:

- poranění sliznice okolí zubu
- zlomení dásňového výběžku
- náhodné poškození okolních zubů či protetických prací
- poranění nervu procházejícího pod zuby, nebo jazykového nervu
- protražované krvácení z operační rány
- zánět operační rány s možností rozvoje kolemčelistního zánětu
- odhojení implantovaného zubu
- zánět čelistní dutiny, vznik komunikace mezi ústní a čelistní dutinou, s následným chirurgickým ošetřením dané situace, nebo vznik komunikace mezi nosní a ústní dutinou
- nevhojení a neuchycení zubního implantátu
- riziko nevhojení, nebo vyloučení již vhojeného implantátu

4. Omezení, doporučení ve způsobu života

Jedná se o ambulantní výkon. Pooperačně se doporučuje měkká strava, zvýšená ústní hygiena, výplachy dutiny ústní. Stehy se odstraňují za 7-10 dní.

5. Alternativy výkonu

Jedinou alternativou ošetření je náhrada mezery stále dentice pomocí protetického ošetření – zubní náhradou.

Já, nemocný (zák. zástupce),

Prohlašuji, že jsem lékařem byl/a srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu/lékařského postupu uvedeného výše a byl/a jsem též informován/a o některých možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mě informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu/postupu, s možnými alternativami k výkonu/postupu i s důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl. Byl/a jsem rovněž informován/a o možných problémech během uzdravování. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s provedením výkonu, což stvrzuji svým podpisem.

.....
(podpis pacienta)