Apolona Dental s.r.o.
Nádražní 2495/20
30100 Plzeň
IČO:06918581

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝPLNÍ ZUBU U DĚTSKÉHO PACIENTA

Jméno pacienta: _____

Rodné číslo: _____

Datum: _____

1. Účel výkonu

- Odstranění zubního kazu
- Ošetření mechanicky poškozeného zubu

2. Popis výkonu

Výkon se provádí ambulantně v místním znecitlivění (injekční anestezii). Lékař odstraní poškozenou část zubu, a poté nasadí a vytvaruje plombu.

3. Rizika a možné komplikace

I při dodržení všech odborných postupů nelze zcela vyloučit možnost vzniku komplikací během nebo po výkonu. Mezi tato rizika patří:

- Prasknutí nebo vypadnutí výplně vyžadující opětovné ošetření
- Mírná citlivost nebo bolestivost několik dní po zákroku

4. Rizika a možné komplikace lokálního znecitlivění

- Bolest při vpichu a krátkodobé podráždění v místě aplikace
- Modřina nebo hematom v místě injekce
- Přechodná nebo prodloužená parestézie (brnění, necitlivost) v oblasti inrevované postiženým nervem
- Poranění okolních struktur (sousední zub, dásňová tkáň) při aplikaci
- Krvácení v místě vpichu (zvláště u dětí s poruchou krevní srážlivosti)
- Synkopa nebo vazovaginální reflex (u citlivých nebo úzkostných dětí)
- Kardiovaskulární účinky (bradykardie, tachykardie, hypotenze, arytmie) při vyšších dávkách nebo citlivosti

- Systematická toxicita místního anestetika (průjmy, závratě, tinnitus, ztížené dýchání, zmatenost, tremor, křeče) při intravaskulární aplikaci nebo předávkování
- Vzácně lokální infekce
- Alergická reakce na anestetikum (od kožních projevů po těžkou anafylaktickou reakci – velmi vzácné)

5. Doporučení po výkonu

- Alespoň hodinu po ošetření nejíst ani nepít
- V den ošetření se vyhnout hodně tvrdému jídlu
- Dbát na důkladnou ústní hygienu

6. Prohlášení pacienta

Souhlasím s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů ve smyslu ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a § 2642 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

Prohlašuji, že mi byl lékařem srozumitelně vysvětlen důvod, průběh a možná rizika výkonu. Měl/a jsem možnost klást otázky, kterým bylo plně a jasně odpovězeno. Rozumím alternativám ošetření i důsledkům jeho odmítnutí. Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.

Podpis zákonného zástupce: _____

Podpis lékaře: _____