

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE W SEDACJI WZIEWNEJ

Imię i nazwisko pacjenta.....

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na leczenie z zastosowaniem sedacji wziewnej przez:

lekarz dentysta.....

w NS ZOZ „Super-Dent:s.c. ul. Wodna 25 w Łodzi.

Oświadczam, że udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego/ mojego dziecka stanu zdrowia – zgodnie z ankietą wypełnianą podczas rejestracji. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się poinformować lekarza przed rozpoczęciem zabiegu. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Zalecenia dla osób chcących poddać się uspokojeniu gazem rozweselającym:

- Wizyta dziecka tylko w obecności opiekuna prawnego.
- Nie należy jeść co najmniej 2 godziny przed zabiegiem.
- Nie należy spożywać alkoholu w dniu zabiegu.
- Kobiety będące w ciąży muszą poinformować o swoim stanie lekarza.
- Samochód można prowadzić po około 30 minutach od zakończenia podawania gazu rozweselającego.

Przeciwwskazania do stosowania sedacji wziewnej N₂O/O₂:

- Przeziębienie, przerost migdałków gardłowych, niedrożność górnych dróg oddechowych.
- Pierwszy trymestr ciąży.
- Choroby psychiczne.
- Stwardnienie rozsiane
- Choroby płucne
- Brak chęci/ współpracy pacjenta.

Powyższe zasady przeczytałem/am i zrozumiałem/am. Uzyskałem/am wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia. Zostałem/am poinformowany/a o alternatywnych możliwościach leczenia z zaniechaniem leczenia włącznie oraz o konsekwencjach wynikających z ewentualnego zaniechania leczenia.

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....
Czytelny podpis pacjenta (rodzica/ opiekuna prawnego)