

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

## 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

Já, níže podepsaný/á .....

Rodné číslo .....

## u d ě l u j i s o u h l a s

s provedením zdravotního výkonu – endodoncie zubu .....

### Tento souhlas uděluji poskytovateli zdravotních služeb:

**AvramovaDent s.r.o., IČ: 05063396, se sídlem Bezručova 547/14, 29301 Mladá Boleslav**

Potvrzuji, že jsem byl/a lékařkou Natalii Avramovou poučen/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu i předpokládaných důsledcích a následcích výše uvedeného zdravotního výkonu, jakož i o možných rizicích spojených s tímto výkonem a o jeho alternativách.

Jsem srozuměn/a s možností dočasného omezení v běžném způsobu života v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

Beru na vědomí doporučený léčebný režim související s provedeným zdravotním výkonem.

Prohlašuji, že informacím poskytnutým poučujícím lékařem plně rozumím, všechny mnou položené otázky byly zodpovězeny, srozumitelně vysvětleny a po jejich zvážení podstupuji výše uvedený zdravotní výkon dobrovolně.

V Mladé Boleslavi dne:

Podpis pacienta: .....

Podpis poučujícího lékaře: .....

# POUČENÍ PACIENTA

## o zdravotním výkonu - endodoncie

ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a § 94 odst. 1 a § 2638 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

**Poučující lékařka Nataliia Avramova**

### **Důvod a cíl výkonu:**

Zabránění rozvoje zánětu zubu a jeho okolí, odstranění zánětlivých, infikovaných zubních tkání tak, aby mohl nevitální (mrtvý) zub dále plnit svoji funkci. Vždy se jedná o pokus, snahu zachránit zub

### **Povaha a následky výkonu:**

Jde o ambulantní stomatologický zákrok v lokální anestezii s odstraněním rozpadlé, infikované tvrdé a měkké tkáně zubu (zprístupnění, zprůchodnění a opracování kanálků), provedení desinfekce zprůchodněných kanálků zubu, jejich zaplnění a uzavření zubu výplní, případně zpevnění překrytím korunkou.

### **Možná rizika spojená se zdravotním výkonem:**

I při správném postupu v souladu s profesními povinnostmi a standardy může vzniknout situace, kdy se nepodaří nalézt a ošetřit všechny kanálky, riziko zalomení nástroje, přetlačení desinfekčního výplachu, prasknutí zubu, porušení celistvosti kořene.

### **Alternativy zdravotního výkonu:**

Pokud je indikace k endodoncii, pak alternativa k souboru endodontickým výkonům je extrakce zubu.

### **Omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti či zdravotní způsobilosti v souvislosti s provedením zdravotního výkonu:**

Bolestivost zubu, otok měkkých tkání v okolí zubu reakcí na zánět, zvýšená teplota.

### **Doporučený léčebný režim, preventivní opatření, popř. navazující zdravotní služby/výkony:**

Do odeznění účinků anestezie (zncitlivění) je riziko poranění (kousnutí se) tváře nebo jazyka, klidový režim, tišit bolesti pomocí běžně dostupných léků proti bolesti, dostavit se na případné plánované kontroly.

**Pacient je oprávněn klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda na základě všech výše uvedených informací s navrženým zdravotním výkonem souhlasí.**