



**PLATINUM**

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

**PLATINUM STOMATOLOGIA**  
**ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA**  
Maksymilian Bojkowski  
ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz  
www.stomatolog-platinum.pl  
tel. 882-464-530 e-mail  
kontakt@stomatolog-platinum.pl

## ZGODA PACJENTA NA LECZENIE IMPLANTOLOGICZNE

**Imię i nazwisko pacjenta**

.....

**PESEL**

.....

**Imię i nazwisko lekarza prowadzącego:**

**Imię i nazwisko implantologa:**

Rekomendowana liczba implantów w pozycji:

Inne procedury chirurgiczne:



# PLATINUM

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

**PLATINUM STOMATOLOGIA**  
**ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA**  
Maksymilian Bojkowski  
ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz  
www.stomatolog-platinum.pl  
tel. 882-464-530 e-mail  
kontakt@stomatolog-platinum.pl

Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta zakres zabiegu:

Dodatkowe ustalenia:

Dodatkowe ustalenia-protetyka:

Podpis lekarza prowadzącego: .....

Podpis lekarza implantologa: .....

Data: \_\_\_\_\_ Czytelny podpis pacjenta: \_\_\_\_\_



**PLATINUM**

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

**PLATINUM STOMATOLOGIA**  
**ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA**  
Maksymilian Bojkowski  
ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz  
www.stomatolog-platinum.pl  
tel. 882-464-530 e-mail  
kontakt@stomatolog-platinum.pl

## OŚWIADCZENIE

W dniu ..... została przeprowadzona rozmowa informacyjna lekarza z wyżej wymienionym pacjentem o implantacji wszczepów oraz materiałów kośćozastępczych. Za pomocą materiałów informacyjnych, zdjęć rentgenowskich i fotografii wcześniej leczonych pacjentów i możliwych koncepcji leczenia, został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego zabiegu. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.

Po omówieniu innych, konwencjonalnych metod leczenia w postaci rozwiązań protetycznych i po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuje decyzję o poddaniu się zabiegowi.

Objaśniono mi przypadki, w których komplikacje doprowadziły do utraty implantu. Przyjmuję do wiadomości, że ani lekarz, ani placówka nie może gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników, w tym cech osobniczych pacjenta, stanu zdrowia pacjenta, przebytych chorób oraz postępowania pacjenta po zabiegu. Wyjaśniono mi, że zaproponowane leczenie jest od wielu lat z powodzeniem praktykowane, aczkolwiek metoda ta nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantów. Nie jest możliwe ustalenie za pomocą metod współczesnej diagnostyki potencjalnych zdolności gojenia tkanki kostnej i dziąsłowej. W niewielkim odsetku przypadków, z różnych przyczyn, może dojść do ich stopniowej utraty.

Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem pouczony o:

- moim stanie zdrowia i rozpoznaniu,
- proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych,
- dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania,
- wynikach leczenia oraz rokowaniu,
- wszelkich okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi,
- skutkach i ryzyku związanym z odmową zgody na wykonanie danego świadczenia.

W przypadku braku zrozumienia informacji przekazywanych mi (Pacjentowi) przez lekarza lub personel medyczny zobowiązuję się do złożenia lekarzowi prowadzącemu informacji o ww. braku zrozumienia na piśmie.

Oświadczam, że moje ewentualne oczekiwania lub wnioski do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego, zostanie złożony na piśmie.

Zostałem poinformowany o konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań po zabiegu, o postępowaniu po zabiegu, jakie zalecił mi lekarz, oraz oświadczam, że została mi przekazana pisemna instrukcja o postępowaniu pozabiegowym po implantacji, augmentacji, zabiegu sinus lifting.



**PLATINUM**

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

**PLATINUM STOMATOLOGIA**

**ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA**

Maksymilian Bojkowski

ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz

www.stomatolog-platinum.pl

tel. 882-464-530 e-mail

kontakt@stomatolog-platinum.pl

Mając świadomość ewentualnych komplikacji, nawet w razie niepowodzenia zabiegu i utraty implantu, zobowiązuję się, że nie będę występować z roszczeniem o odszkodowanie ani zwrot kosztów z tytułu nieosiągnięcia oczekiwanych efektów, w stosunku do lekarza, który przeprowadził zabieg ani w stosunku do kliniki, w której przeprowadzono zabieg. ww. nie zamyka praw pacjenta do dochodzenia roszczeń z tytułu ewentualnych szkód osobowych lub rzeczowych na podstawie zwykłej (nie rozszerzonej) odpowiedzialności cywilnej lekarza lub kliniki.

Zdając sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia implantologicznego, zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane aktualnie leki.

Wiem, że ostateczny wynik leczenia i jego trwałość w dużym stopniu uzależniony jest od postępowania pacjenta w okresie pooperacyjnym i później, a w szczególności:

Niepalenia papierosów. Palenie papierosów w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia i jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu implantologicznym.

Zgłaszania się na okresowe kontrole, tzn. w pierwszym miesiącu po zakończonym leczeniu, a następnie raz na pół roku. Jest to niezbędnym wymogiem w procesie leczenia.

Rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.

Zostałem poinformowany, że w drugim etapie leczenia po operacji, część protetyczną i chirurgiczną pozabiegową należy wykonać w gabinecie, w którym została wykonana implantacja. Winnym przypadku gabinet, w którym została wykonana implantacja, nie przejmuje odpowiedzialności za dalszy ciąg leczenia.

Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu operacyjnego może zaistnieć potrzeba zmiany koncepcji zabiegu (poszerzenia lub zmniejszenia zakresu) i wyrażam zgodę na konieczną zmianę koncepcji zabiegu oraz w przypadku poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów, zgodnie z załączonym cennikiem.

Zostałem uprzedzony, że okres integracji implantów z kością wynosi 4-7 miesięcy. Na wypadek, gdyby w tym czasie wystąpiła potrzeba ich usunięcia, omówiono ze mną warunki oraz koszty ponownego założenia implantu.

Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej wymienionych świadczeń medycznych przez lekarza prowadzącego oraz każdego innego lekarza i personel medyczny (zgodnie z jego kwalifikacjami) tej kliniki stomatologicznej. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że pod pojęciem „lekarze i personel medyczny tej kliniki” rozumie się wszystkie osoby świadczące usługi zdrowotne w pomieszczeniach kliniki PLATINUM Stomatologia Estetyczna Implantologia mieszczącej się przy ul. T. Gackowskiego 1C w Bydgoszcz.



**PLATINUM**

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

**PLATINUM STOMATOLOGIA**  
**ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA**  
Maksymilian Bojkowski  
ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz  
www.stomatolog-platinum.pl  
tel. 882-464-530 e-mail  
kontakt@stomatolog-platinum.pl

Oświadczam, że otrzymałem dostęp do informacji o prawach pacjenta.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie dokumentacji o moim (Pacjenta) stanie zdrowia w pomieszczeniach kliniki PLATINUM Stomatologia Estetyczna Implantologia oraz na wgląd w ww. dokumentację dowolnych lekarzy i personelu medycznego.

Oświadczam, że wyżej wymienione oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie z stanem faktycznym. Nie wnoszę zastrzeżeń ani uwag.

Świadom korzyści i ewentualnych komplikacji wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w wyżej wymienionym planowanym zakresie.

W załączeniu:

Informacja o postępowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinus liftingu.

Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją.

**Data:** \_\_\_\_\_ **Czytelny podpis pacjenta:** \_\_\_\_\_



# PLATINUM

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

**PLATINUM STOMATOLOGIA**  
**ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA**  
Maksymilian Bojkowski  
ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz  
www.stomatolog-platinum.pl  
tel. 882-464-530 e-mail  
kontakt@stomatolog-platinum.pl

## INFORMACJA O ZACHOWANIU PO IMPLANTACJI, AUGMENTACJI, ZABIEGUSINUSLIFTINGU.

W celu lepszego przebiegu procesu gojenia się po zabiegu, proszę o przestrzeganie następujących wskazówek:

W dniu operacji i dwa dni po operacji.

- Nie palić i nie spożywać alkoholu.
- Nie podejmować żadnego wysiłku fizycznego.
- Jeść i pić po upływie miejscowego znieczulenia.
- Przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie.
- Nie gryźć w okolicach implantu.
- Dbać o pozostałe zęby stosując ścisłą higienę jamy ustnej.
- Usta w okolicy rany tylko przepłukiwać.
- W czasie po zabiegu nie używać elektrycznej szczoteczki do zębów w okolicy rany.
- Po jedzeniu przepłukać krótko jamę ustną letnią wodą.
- Nie dotykać okolic implantu palcami ani językiem.
- Przy ewentualnym krwotoku nagryźć chusteczkę; jeśli po upływie pół godziny krwotok nie ustanie, zadzwonić natychmiast do lekarza prowadzącego.

W okolicy miejsca zabiegu, policzka i podbródka może wystąpić obrzęk, który po paru dniach zniknie; aby złagodzić te objawy można stosować zimne okłady.

Ostateczna odbudowa następuje dopiero po upływie 16 do 28 tygodni po zabiegu. Przy implantach dwufazowych, które zaszyto (kiedy implant nie wystaje z błony śluzowej), implanty zostaną zabezpieczone śrubami zablizniającymi zwykle po upływie 16-28 tygodni. Dopiero później następuje właściwa rekonstrukcja protetyczna.

Ważne jest, żeby implanty były równomiernie obciążone. W razie, gdyby Pacjent zauważył, że tymczasowe zabezpieczenie implantów (korona, most tymczasowy) ruszają się (np. na skutek przedwczesnego kontaktu jeszcze przed zagryzieniem zębów), proszę natychmiast zgłosić się na wizytę kontrolną.

W okresie gojenia koniecznie należy unikać odgryzania implantem kęsów pokarmu (zęby przednie), ewentualnie unikać żucia (zęby boczne). Należy szczególnie unikać twardego pożywienia. Proszę nie manipulować przy implantach. Nie sprawdzać palcami trwałości korony lub mostu tymczasowego, nie dotykać językiem ani nie ssać.

Należy kontynuować normalną pielęgnację zębów. W ciągu pierwszych dwóch tygodni proszę zachować czystość w okolicy implantacji poprzez płukanie i ostrożne czyszczenie miękką szczoteczką do zębów.



# PLATINUM

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

**PLATINUM STOMATOLOGIA**

**ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA**

Maksymilian Bojkowski

ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz

www.stomatolog-platinum.pl

tel. 882-464-530 e-mail

kontakt@stomatolog-platinum.pl

Szczególnie ważne jest czyszczenie okolicy implantacji. Aparaty do płukania ust(irygatory) są w tym zakresie szczególnie pomocne i godne polecenia.

Intensywna pielęgnacja zębów i jamy ustnej będzie w przyszłości nieodzowna. Na ten temat Pacjent zostanie poinformowany i przeszkolony w gabinecie, w którym wykonywał zabieg implantacji. W razie pojawienia się jakichkolwiek niepokojących objawów, należy natychmiast zgłosić się na wizytę kontrolną.

System regularnych wizyt kontrolnych jest integralną fazą leczenia szczególnie ważną w pierwszym okresie po implantacji. Plan wizyt kontrolnych jest ustalany indywidualnie dla każdego pacjenta, uwzględniając indywidualne czynniki ryzyka. Zwykle wizyty należy odbywać w odstępie nie większym niż 3 miesiące w pierwszym roku po implantacji. W trakcie wizyty kontrolnej lekarz skontroluje stan higieny jamy ustnej, błony śluzowej, wystąpienie objawów ewentualnej infekcji. Oceniona zostanie również ruchomość implantów a zwłaszcza poziom kości. W trakcie wizyty kontrolnej zostanie również przeprowadzone profesjonalne usunięcie płytki i kamienia nazębnego. Długofalową opiekę w celu utrzymania trwałego efektu leczenia implantologicznego należy traktować jako integralny element tego leczenia. Zaniedbanie regularnych kontroli może zniweczyć uzyskany efekt implantoprotetyczny osiągnięty w czasie niejednokrotnie długiego i kosztownego procesu leczenia.

**Data:** \_\_\_\_\_ **Czytelny podpis pacjenta:** \_\_\_\_\_



**PLATINUM**

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

**PLATINUM STOMATOLOGIA**

**ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA**

Maksymilian Bojkowski

ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz

www.stomatolog-platinum.pl

tel. 882-464-530 e-mail

kontakt@stomatolog-platinum.pl

### **INFORMACJA DOTYCZĄCA ROZMOWY WYJAŚNIAJĄCEJ PROBLEMATYKĘ ZWIĄZANĄ Z IMPLANTACJĄ.**

Droga pacjentko, drogi pacjencie, badanie wykazało, że poprzez implantację jednego lub więcej sztucznych korzeni zęba (implantów) Pani/Pana zdolność do żucia pokarmów może zostać odtworzona lub poprawiona.

Implantacja wszczepów może być także rozważana ze względów estetycznych. Implantowane wszczepy po osteointegracji (zrośnięcia się z kością) postępują do umocowania odbudowy protetycznej (koron, mostów lub protez).

Implanty, które wykonane są z tytanu, mogą funkcjonować dziesięć i więcej lat. Nie można jednak tak dalece udzielić gwarancji. Przewidziany dla Pani/Pana najkorzystniejszy typ implantu zostanie wybrany po wykonaniu odpowiednich pomiarów i badań szczęk.

Przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego, rzadziej pod narkozą ogólną, otwiera się dziąsło w okolicy implantacji, aby odsłonić kość. Przy pomocy wiertel tworzy się łożę, w które zostanie osadzony implant. Implant może zostać wszczepiony bezpośrednio w miejsce po utraconym zębie. Na koniec dziąsło zostanie zszyte. Czasami okazuje się podczas operacji, że implantacja nie jest możliwa. Zabieg zostaje wtedy przerwany, a rana zamknięta za pomocą szwów.

W normalnym przypadku wgojenie się implantu trwa 4-7 miesięcy. W tym czasie nie można obciążać implantu ani żuć w tym miejscu, aby proces wgajania się nie został zagrożony. Po wgojeniu się implantu konieczna może okazać się plastyka dziąsła nad implantem w celu wykonania pracy implantoprotetycznej. Przy korzystnych warunkach anatomicznych, zgryzowych i z zachowaniem odpowiedniego protokołu postępowania można wprowadzać implanty natychmiastowe i obciążać je natychmiastowo.

Żaden lekarz nie może zagwarantować sukcesu swojego leczenia ani wykluczyć wystąpienia ryzyka. Ogólne zagrożenia przy tego rodzaju zabiegach operacyjnych, jak na przykład infekcje, występują bardzo rzadko. Dzięki postępowi w medycynie możemy z góry temu przeciwdziałać. Po zabiegu może przejściowo wystąpić obrzęk policzka lub warg. Bóle pooperacyjne występują rzadko. Czasami, z powodu zbyt małej ilości tkanki kostnej, konieczne jest otwarcie zatoki szczękowej, która znajduje się w pobliżu okolicy implantacji. Najczęściej implant przyjmuje się bez szkodliwych następstw. Bardzo rzadko dochodzi do zapalenia jamy nosowej lub jamy zatoki szczękowej, które wymaga leczenia.

W obrębie zębów trzonowych żuchwy może w rzadkich przypadkach zostać uszkodzony nerw zębodołowy dolny. Bardzo rzadko może dojść do trwałych zaburzeń czucia w obrębie wargi dolnej (drętwienie). Nie występuje jednak upośledzenie ruchomości warg.

W pojedynczych przypadkach implanty nie przyjmują się. Występuje ich nadmierna ruchomość w okresie wgajania się i muszą zostać usunięte lub też implantację przeprowadza się powtórnie.

W przypadku niekorzystnej linii uśmiechu (uwidaczanie się dziąseł w czasie uśmiechu) występuje większe ryzyko niekorzystnego efektu estetycznego. W niektórych przypadkach niemożliwe jest idealne odbudowanie dziąseł przy koronach na implantach-zwłaszcza przy zanikach kości i dziąseł.





# PLATINUM

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

**PLATINUM STOMATOLOGIA**

**ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA**

Maksymilian Bojkowski

ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz

www.stomatolog-platinum.pl

tel. 882-464-530 e-mail

kontakt@stomatolog-platinum.pl

Proszę w dniu zabiegu implantacji i w ciągu dwóch kolejnych dni:

- Nie spożywać alkoholu.
- Nie wykonywać żadnego wysiłku fizycznego.
- Ograniczyć mówienie.
- Przyjmować tylko płyny i miękkie pożywienie.
- Po jedzeniu przepłukiwać krótko jamę ustną zimną wodą lub zaleconą przez lekarza płukanką.
- Nie dotykać okolic implantu.
- Utrzymywać higienę jamy ustnej.

W czasie 4 tygodni po implantacji proszę nie uprawiać sportu wyczynowego oraz unikać ekstremalnych obciążeń klimatycznych (jazda na nartach, podróz w tropiki).

Decydujący wpływ na sukces leczenia ma higiena jamy ustnej. Tylko w przypadku, gdy jesteście Państwo gotowi po każdym posiłku dokładnie czyścić zęby i okolice implantu, powodzenie implantacji może być zapewnione. W przyszłości należy regularnie poddawać się zabiegom higienicznym.

Proszę natychmiast zgłosić się na wizytę, jeśli wystąpią niepokojące odczucia w miejscu implantacji.

Oświadczam, że lekarz przeprowadził dzisiaj ze mną rozmowę objaśniającą na podstawie wskazówek zawartych w powyższej informacji. Podczas tej rozmowy otrzymałem/-am odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie zagadnienia. Nie mam żadnych dalszych pytań i nie potrzebuję dodatkowego czasu do namysłu. Niniejszym zgadzam się na proponowany zabieg.

Data: \_\_\_\_\_ Czytelny podpis pacjenta: \_\_\_\_\_