

# Zgoda na sedację wziewną podtlenkiem azotu

Nazwisko i imię: .....

Data urodzenia: ....., Wiek: ....., Waga: ....., Wzrost: .....

Godzina ostatniego przyjmowania pokarmu: ....., Godzina ostatniego przyjmowania płynu: .....

Oświadczam, że zostałam(em) wyczerpująco i jasno poinformowana(y) o następujących zasadach sedacji wziewnej podtlenkiem azotu:

1. Celu i metodach wykonania zabiegu
2. Alternatywnych metodach leczenia
3. Następstwach odstąpienia od wykonania zabiegu
4. Wskazaniach i przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu
5. Czasie trwania zabiegu i minimalnej ilości wizyt w celu osiągnięcia oczekiwanego efektu
6. Negatywnych następstwach i możliwych powikłaniach po wykonaniu zabiegu
7. Przewidywanych efektów zabiegu
8. Zachowaniu się w trakcie zabiegu
9. Sposobach postępowania po wykonaniu zabiegu

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am. Jednocześnie oświadczam, że miałem/-am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego leczenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem/-am zrozumiałe dla mnie wyczerpujące. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, sedacja wziewna podtlenkiem azotu jest podejmowana w celu usunięcia konkretnego problemu (stres i lęk pacjenta) i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Sedacja wziewna podtlenkiem azotu nie zapewnia bezbolesności zabiegu stomatologicznego – wymagane jest dodatkowe znieczulenie miejscowe. W wyjątkowych sytuacjach (np. brak współpracy ze strony pacjenta lub np. ustny tor oddychania) sedacja wziewna podtlenkiem azotu może nie dać zamierzonego efektu terapeutycznego. Znam również i akceptuję koszty związane z prowadzeniem leczenia w sedacji wziewnej podtlenkiem azotu. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałem/-am wystarczającą ilość czasu. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

**Niniejszym, zgodnie z art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne w sedacji wziewnej podtlenkiem azotu przez**

..... **W**

.....

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczętka lekarza stomatologa

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Pacjenta  
(Rodzica lub opiekuna)