

# **SOUHLAS** **S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ SLUŽBY** **(stomatologický výkon)**

## **POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB:**

Název poskytovatele	<b>Centrum zdravotní péče Jirny (provozovatel: INC, a.s.)</b>
Adresa poskytovatele	<b>Tovární 19, 250 90 Jirny</b>
Odbornost poskytovatele	<b>Klinická stomatologie</b>
Lékař	

## **PACIENT (ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI):**

Příjmení, jméno, titul	
Rodné číslo	
Adresa bydliště	
Zákonný zástupce – 1	
Zákonný zástupce – 2	

### **INFORMACE O ZDRAVOTNÍ SLUŽBĚ**

Účelem stomatologického výkonu je ošetření zubního kazu včetně možných komplikací. K lokálnímu znecitlivění tkáně a výraznému snížení bolesti je v rámci ošetření podáváno anestetikum. Před jeho aplikací lékař vyhmatá a označí nejvhodnější místo ke vpichu. K výkonu se používají jednorázové sterilní pomůcky. Je žádoucí spolupráce nemocného především v klidové poloze ke snadnému vpichu do příslušné aplikační oblasti.

### **INFORMACE O MOŽNÝCH KOMPLIKACÍCH**

Při podání anestetika i přes použití nejmodernějších anestetických léčiv může v některých případech dojít k nežádoucím účinkům, projevujících se hučením v uších, závratěmi, zvracením, kovovou pachutí v ústech, poklesem krevního tlaku, křečemi až bezvědomím. V ojedinělých případech se mohou projevit alergické reakce jako vyrážka, svědění, otok až anafylaktický šok. Alergie se může projevit i jako reakce na vyplachovací dezinfekční roztok. Během aplikace anestetika může dojít k poranění nervu či cévy, což se projeví delší dobou znecitlivění nebo krvácením či vznikem hematomu (modřiny).

### **SOUHLAS PACIENTA**

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně informován(a) a poučen o stomatologickém výkonu včetně upozornění na možné komplikace. Při poučení jsem měl možnost klást dotazy. Veškeré mé dotazy mi byly zodpovězeny. Poučení jsem porozuměl(a) a na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením stomatologického výkonu.

-----  
datum

-----  
podpis pacienta (zákonného zástupce)

Vážená paní, Vážený pane,

jsme velmi rádi, že chcete využít služeb stomatologické ambulance Centra zdravotní péče Jirny. Abychom Vám mohli navrhnout a poskytnout individuální, odpovídající a efektivní péči, je potřeba znát některé údaje o Vašem zdravotním stavu, které mohou ovlivnit stomatologické ošetření. Vyplňte, prosím, tento dokument pozorně a pečlivě. Dojde-li později k jakémukoli změně údajů zde zapsaných, nezapomeňte nám tuto změnu nahlásit na začátku Vaší návštěvy u lékaře. Tento dokument bude součástí Vaší zdravotní dokumentace a tudíž veškeré údaje v něm jsou chráněny lékařským tajemstvím.

Alergie (na co konkrétně)

Zakroužkujte, prosím odpověď ANO nebo NE, a v případě ano vypište konkrétně.

Léčíte se nebo léčil/a jste se na :

Onemocnění srdce a cév	ANO	NE	
Porucha krevní srážlivosti	ANO	NE	
Jiné onemocnění krve	ANO	NE	
Astma	ANO	NE	
Infekční onemocnění (TBC,HIV,hepatitida)	ANO	NE	
Cukrovka	ANO	NE	
Jaterní onemocnění	ANO	NE	
Onemocnění štítné žlázy	ANO	NE	
Jiná onemocnění	ANO	NE	
Měl/a jste někdy úraz hlavy	ANO	NE	
Kdy jste byl/a naposledy rentgenován v oblasti hlavy			
Které léky užíváte pravidelně			

-----  
datum

-----  
podpis pacienta (zákonného zástupce)