

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

SK Dental Trnava s.r.o
Pekná ulica 38, Trnava 917 01 Prevádzka časť "A" - Priečna 4
Kód PSZ: P25456345204

**Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.
o zdravotnej starostlivosti**

Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....
Dolu podpísaný(á) potvrdzujem svojim podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované (v prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):
.....
.....

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov (napr. endoskopický zákrok, operácie a pod.), ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s poskytnutím navrhovanej zdravotnej starostlivosti a to najmä:

1) že pred, počas a po zákroku sa môžu vyskytnúť aj **nepredvídané** komplikácie(pri anestézii, počas zákroku, v štádiu hojenia rany a v neskoršom období) ako napríklad:

- alergická reakcia na anestetikum, nevoľnosť počas zákroku
- infekcia v operačnej rane s následnou bolesťovosťou a opuchom (nutnosť opakovaných kontrol a výplachov),
- necitlivosť pier, jazyka, zubov, brady a okolitých tkanív (niekedy aj dlhodobo)
- alergické reakcie na lieky, zlomenina sánky alebo preniknutie do kanála sánky, otvorenie prínosovej dutiny (prenikanie vzduchu a tekutín z úst do nosa), oneskorené hojenie rán
- niektoré komplikácie môžu výrazne predĺžiť plánovanú dobu hojenia a niekedy je nutná aj hospitalizácia na lôžkovom oddelení

2) Bolo mi vysvetlené, že doteraz nie je vyvinutá metodika, na základe ktorej by bolo možné predvídať hojenie kosti a tkanív a že toto hojenie je u každého pacienta prísne individuálne. Niekedy sú nutné aj opakované zákroky.

3) Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Na základe uvedeného som si plne vedomý(á), že **svojím podpisom na tomto dokumente dávam svoj súhlas s prevedením navrhovaného zákroku, s jeho priebehom ako aj s tým, že mi lekár pred jeho začiatkom poskytol úplné a komplexné informácie spojené so zákrokom.**

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som bol informovaný o spôsobe finančnej úhrady (o platbe, prípadne o doplatku za ošetrenie **podľa aktuálneho cenníka poskytovateľa zdravotnej starostlivosti**) a vyhlasujem, že som si informovaný súhlas prečítal, jeho jednotlivé ustanovenia sú mi jasné a zrozumiteľné, pri výbere poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nebola obmedzená ani nijakým iným spôsobom ovplyvnená moja slobodná vôľa, a ani som nebol nijakým spôsobom zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nabádaný, presvedčaný alebo inak ovplyvňovaný, aby som navrhovaný zákrok podstúpil práve u neho.

Svojim podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom súhlasím - nesúhlasím**

V dňa čas

.....
podpis a pečiatka lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť
(prípadne osoby ňou určenej alebo jej zákonného zástupcu)