

## Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

**MDDr. Bačová s. r. o.**

so sídlom Na barine 2978/17, 841 03 Bratislava - mestská časť Lamač

IČO: 51 706 547

zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Odd.: Sro, VI. č.: 128518/B.

## Názov zariadenia : Stomatologické centrum RODINKA

So sídlom Bazovského 2, 841 01 Bratislava

### POUČENIE A PÍ SOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA S POSKYTOVANÍM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „Zákon č. 576/2004 Z. z.“)

<b>Meno a priezvisko pacienta</b>	
<b>Zákonný zástupca</b>	
<b>Dátum narodenia pacienta</b>	
<b>Bydlisko</b>	
<b>Názov zdravotného výkonu</b>	<b>Endodontické ošetrenie trvalého zuba č.</b>

**Ako pacient/pacientka vyhlasujem,** že v rámci využitia práva pacienta na poučenie

- som prečítal /a text tohto poučenia a jeho prílohu a porozumel/a som mu/jej a prípadné nejasnosti mi boli lekárom vysvetlené
- bola mi vysvetlená podstata liečby, jej účel, povaha, priebeh, možné riziká
- bol /a som informovaný/á o možnostiach liečby a navrhovaných postupoch a o rizikách odmietnutia poskytnutia navrhovanej zdravotnej starostlivosti
- moje otázky ohľadne liečby, o ktorej som bol poučený/á, mi boli zdravotníckymi pracovníkmi ohľaduplne a uspokojujúcim spôsobom zodpovedané a boli mi podané vysvetlenia, o ktoré som žiadal/a
- poučeniu, vysvetleniam a odpovediam, ktoré mi boli poskytnuté zdravotníckymi pracovníkmi, som porozumel/a
- ak by som dospel /a po tomto poučení k záveru, že mi je ešte čokoľvek nejasné, požiadam o doplnenie poučenia
- bol /a som poučená o svojich právach ako dotknutej osoby, ako aj podmienkach spracúvania osobných údajov v zmysle nariadenia GDPR, a to prostredníctvom dokumentu označeného ako „Informačná povinnosť prevádzkovateľa“
- poskytol /poskytla som všetky informácie a údaje súvisiace s mojim vyšetrením, pričom za ich pravdivosť a úplnosť plne zodpovedám a nezatajil /a som žiadnu informáciu súvisiacu s mojim vyšetrením
- bol /a som oboznámená s aktuálnym cenníkom poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, pričom s ním súhlasím a zavazujem sa uhradiť a uspokojiť všetky platby a záväzky za služby súvisiace s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, či iné výdaje spojené s mojim vyšetrením

**Beriem na vedomie,** že

- tento informovaný súhlas môžem kedykoľvek odvolať
- budem spolupracovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti so všetkými zdravotníckymi pracovníkmi vyššie uvedeného centra
- budem dodržiavať predpísaný liečebný režim
- tento súhlas je zároveň súhlasom s predpisovanými liekmi lekármi počas celého trvania
- poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný v zmysle § 18 Zákona č. 576/2004 Z. z. spracúvať, poskytovať a sprístupňovať osobné údaje pacienta /pacientky, pričom tento Zákon č.

576/2004 Z. z. sa v zmysle § 78 ods. 5 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v tomto smere považuje za právny základ spracúvania osobných údajov

**Súhlasím** – dávam informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vrátane vykonania zákrokov a liečebných postupov, ako aj iných stomatologických zákrokov, potrebných pre zachovanie, resp. obnovu môjho orálneho zdravia.

1. Svojím podpisom potvrdzujem vyššie uvedené skutočnosti a to, že som sa rozhodol slobodne, bez nátlaku, pri plnom vedomí, s dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Zároveň vyhlasujem, že nie som zbavený spôsobilosti na právne úkony a že moja spôsobilosť na právne úkony nie je obmedzená.

V....., dňa.....o.....hod.....  
vlastnoručný podpis pacienta  
(alebo jeho zákonného zástupcu)

2. Vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti (napr. ak súhlas dal zákonný zástupca):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V....., dňa.....o.....hod.....  
vlastnoručný podpis osoby

#### -----VYPLNÍ LEKÁR-----

Potvrdzujem, že som v súlade so Zákonom č. 576/2004 Z. z. informoval/a pacienta alebo zákonného zástupcu pacienta o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

### **Obsah poučenia pacienta :**

**Vážení pacienti,**

**Bude u Vás vykonané ošetrovanie koreňového kanálika (príp. viacerých koreňových kanálikov). V tomto dokumente sú zhrnuté všetky dôležité informácie. Ak Vám niečo nie je zrozumiteľné alebo máte ďalšie otázky, neváhajte sa ma opýtať.**

**Koreňová terapia je potrebná, ak prišlo k zápalu alebo odumretiu „nervu“ Vášho zuba, prípadne ak kaz nabúral nervovú dutinu zuba. Toto sa môže prejavovať bolesťou, ale môže byť aj náhodným zistením počas vyšetrenia chladom alebo na röntgenovej snímke bez akýchkoľvek subjektívnych ťažkostí.**

**Pri ošetrovaní koreňového systému zuba sa jedná najčastejšie o posledný pokus mŕtvy zub zachovať. Úspech takéhoto výkonu Vám nemôže garantovať žiadny zubný lekár! Napriek tomu žiadna náhrada Vám už 100% nenahradí Váš vlastný zub, preto je vždy optimálne (zo zdravotného i finančného hľadiska) snažiť sa takýto zub udržať v ústnej dutine.**

**Zapálený nerv, prípadne zápalom zničený nerv sa musí zvnútra zuba odstrániť, vydezinfikovať výplachmi a vyplniť pomocou výplňového materiálu. Pred a počas ošetrovania je potrebné zhotoviť niekoľko röntgenových snímok. Podľa množstva, tvaru a anatómie koreňových kanálikov ošetrojúci lekár stanoví počet potrebných návštev. Ak sa počas ošetrovania vyskytnú komplikácie, môže sa priebeh Vášho ošetrovania predĺžiť, alebo ak sa dodatočne zistí, že udržanie zuba nie je možné, je potrebné liečený zub odstrániť.**

**Na to, aby malo ošetrovanie koreňových kanálikov hlavne v postrannom úseku chrupu dlhodobú dobrú prognózu, je potrebné zastabilizovať rozrušenú korunku zuba – zrestaurovať korunkou alebo ju aspoň vystužiť koreňovým čapom. Optimálne je ošetriť zub protetickou prácou, aby sa zabránilo tomu, že sa mŕtvy zub neskôr zlomí.**

**Ako pri každom stomatologickom ošetrovaní, môžu aj pri endodontickom ošetrovaní, aj pri dodržaní všetkých potrebných podmienok, vzniknúť komplikácie, ako napríklad :**

- opuchy a bolesti počas ošetrovania, medzi jednotlivými termínmi ošetrovania, ale aj dlhší čas po ukončení ošetrovania
- poškodenie koreňových kanálikov použitím koreňových nástrojov alebo pri zhotovovaní koreňových nastavieb
- zalomenie koreňových nástrojov v koreňovom kanáliku
- zlomenina zuba, ktorý je vzhľadom na to, že je devitálny, veľmi oslabený
- pokiaľ robíme ošetrovanie pod protetikou prácou, nie sme schopní predpovedať výsledok našej práce

*V prípade komplikácií je možné, že Vás na dokončenie zuba odošleme na ošetrovanie pod mikroskopom.*

*Upozorňujeme Vás, že ak do zuba dáme dočasnú výplň (na účtenke je „dočasné endodontické ošetrovanie“), zub je potrebné prísť dokončiť, nakoľko jeho terapia nie je konečná.*

*Ak sa zrieknete navrhovanej liečby – aj u zubov bez ťažkostí s náhodným nálezom - môže sa zápal rozšíriť aj na okolité štruktúry - do prínosných dutín, na vedľajšie zuby, do sánkových kanálov, a môžu vzniknúť hnisajúce abscesy a opuchy s prítomnosťou zvýšenej teploty a pod. Infekcia z okolia koreňa sa ďalej môže šíriť do celého organizmu a spôsobovať rozmanité ťažkosti (klbové, kožné...).*

*Alternatívou endodontického ošetrovania je iba extrakcia zuba. Táto so sebou nesie nutnosť ďalšej protetickej terapie: väčšinou zhotovenie fixného mostíka, implantátu alebo snímateľnej náhrady. V opačnom prípade hrozí posun zubov, strata kosti v extrahovanej oblasti a s tým spojené problémy celého tvárového systému.*

V....., dňa.....o.....hod.....  
pečiatka a podpis lekára