

# SUTIKIMAS DĖL ODONTOLOGINĖS PRIEŽIŪROS (PAGALBOS) INVAZINIŲ IR (AR) INTERVENCINIŲ PASLAUGŲ TEIKIMO

20 \_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_ d.

Aš <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ sutinku, kad \_\_\_\_\_  
(paciento vardas, pavardė, amžius) (įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas)

gydytojas odontologas/burnos priežiūros specialistas \_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija)

man atliktų \_\_\_\_\_ procedūrą. Ši procedūra skirta  
\_\_\_\_\_, siekiant, kad \_\_\_\_\_.

Pasirašydamas/a šį sutikimą patvirtinu, kad

- gydytojas odontologas/burnos priežiūros specialistas man paaiškino diagnostikos ir gydymo metodikos ypatumus bei jų alternatyvas, galimas rizikas;
- esu supažindintas su visomis galimomis komplikacijomis, ypač atkreipiant dėmesį į komplikacijas dėl vietinio nuskausminimo ir narkozės (alerginės reakcijos, anafilaksinis šokas, ilgalaikė nejautra, kraujosruvos, patinimas, mirtis), po dantų išrovimo ir pooperacines (patinimas, kraujavimas, infekcija, nervų uždegimai), gydytų šaknų infekcijos atsinaujinimą, šaknų perforacijas, instrumentų lūžimus kanaluose, užpildo patekimą už šaknies viršūnės, skausmus po dantų preparavimo, protezavimo, plombavimo ir kanalų gydymo, dėl ko gali prireikti papildomo gydymo, protezų nuskilimus, lūžimus, antrinio karieso (ėduonies) atsiradimą po plombomis, protezais, infekcijos išplitimą dantyse ir dantenų recesijas, alveolinio kaulo tirpimą, dantų šaknų iškilimus, lūžimus, rezorbcijas, implantavimo komplikacijas (nepriėjimą, protezinės galvutės atsisukimą, lūžimą, supūliavimą, kaulo rezorbciją, sinuso, gleivinės ir nervų pažeidimus), svetimkūnių patekimą į kvėpavimo takus ar virškinimo traktą;
- sutinku, jog procedūros metu, paaiškėjus naujoms aplinkybėms, gydytojas odontologas/burnos priežiūros specialistas pats nuspręstų keisti pasirinktą gydymo planą.

\_\_\_\_\_  
Paciento (atstovo) (vardas, pavardė, laikas data)

\_\_\_\_\_  
Gydytojas odontologas/burnos priežiūros specialistas (vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija, laikas data)

<sup>1</sup> jei sutikimą pasirašo paciento atstovas apie tai turi būti atitinkamai pažymėta