



**Ústní, Čelistní & Obličejový Chirurg**  
MUDr. et MUDr. Petr Michl, Ph.D.

## **Stomatochirurgie Michl, s.r.o.**

IČ: 075 72 891

sídlo: Lipová 298/22, 779 00 Bystrovany

### **POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM**

<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>Rodné číslo:</b>
<b>Datum narození:</b>	<b>Kód zdravotní pojišťovny:</b>
<b>Adresa trvalého pobytu pacienta, telefonní číslo:</b>	

Název výkonu (česky): <b>Vytažení zubu/ů.</b>
Účel výkonu: <b>Odstranění zubní infekce</b>
Povaha výkonu: <b>Operace v místním znecitlivění</b>
Způsob provedení: <b>V místním znecitlivění zub extrahujeme pomocí chirurgických nástrojů, někdy za pomoci zpřístupnění místa drobným nálezem dásně a snesením tvrdých tkání pomocí vrtáčku. Lůžko poté bude ošetřeno vložkou na prevenci pooperačního krvácení (za příplatek - viz "Ceník") a ošetřeno stehem.</b>
Předpokládaný prospěch výkonu: <b>Odstranění zubní infekce</b>
Možná rizika zvoleného výkonu: <b>V dolní čelisti:</b> Necitlivost brady, zubořadí a /nebo jazyka na straně vytaženého zubu. <b>V horní čelisti:</b> Otevření čelistní dutiny, následný zánět dutiny na straně vytaženého zubu. <b>Dále v obou čelistech:</b> Zlomenina předchozího zubu, odpadnutí výplně na předchozím zubu, otok, zánět, bolest, ztížené polykání a/nebo dýchání, alergická reakce na znecitlivující látku, zlomenina čelisti.
Následky výkonu: <b>Ztráta zubu/ů, otok, bolest, ztížené otvírání úst, stehy, přítomnost vložky k prevenci krvácení.</b>
Alternativa výkonu: <b>Vytažení v celkovém znecitlivění, konzervační ošetření zubu, odstranění převislé dásně</b>
Režim pacienta před výkonem: <b>Pacient má být: 1.) bez známek akutního celkového onemocnění znemožňujícího výkon v místním znecitlivění v ambulantních podmínkách, 2.)najezený, 3.)bez přítomnosti lokálního virového infektu - operu</b>
Režim pacienta po výkonu: <b>viz dokument Poučení po chirurgickém zákroku v ústech</b>

**Prohlašuji, že mi byl jasně a srozumitelně objasněn účel, povaha, způsob provedení, následky a možná rizika výše uvedeného operačního výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy prováděného výkonu, z nichž jsem měl(a) možnost volit a to včetně jejich možných přínosů, důsledků a rizik, stejně jako zdravotní důsledky nepodstoupení plánovaného výkonu. Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení obvyklého způsobu života, pracovní (ne)schopnosti a zdravotní způsobilosti po provedení zdravotního výkonu. Dále jsem byl(a) informován(a) o léčebném režimu, vhodných preventivních ošetřeních, případně o potřebě poskytnutí dalších lékařských služeb. Měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky k plánovanému výkonu, obdržel(a) jsem vysvětlení, jemuž jsem porozuměl(a) a další otázky již nemám. Byl(a) jsem poučen(a), že svůj souhlas mohu vzít zpět. S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

<b>Datum:</b>	<b>Hodina:</b>	<b>Podpis pacienta /zákonného zástupce:</b>
<b>Jméno, příjmení, razítko a podpis lékaře, který vysvětluje pohovor provedl:</b>		