VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): **ZAVEDENÍ KOTEVNÍCH IMPLATNÁTŮ K UMOŽNĚNÍ NASAZENÍ ORTODONTICKÝCH TAHŮ PŘI LÉČBĚ OTEVŘENÉHO SKUSU**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je zavedení kotevních implantátů k upevnění ortodontických tahů. Předpokládaným prospěchem je urychlení ortodontické léčby (léčby vedoucí k úpravě postavení zubů) otevřeného skusu a možnost vyhnutí se větší čelistní operaci. Rizika výkonu jsou následující: Nadměrné krvácení rány. Zánětlivé komplikace (hnisání rány nebo zánět čelistní kosti).	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Běžná léčba postavení zubů pomocí rovnátek. Po dokončení růstu kombinovaná chirurgicko-ortodontická léčba zahrnující větší chirurgický výkon.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: V celkové anestezii se provedou řezy z úst (v oblasti dásně horní čelisti), obnaží se kost a do lícních kostí se pomocí šroubů přišroubují titanové destičky s očky, které se vyvedou do dutiny ústní k zavěšení ortodontických tahů. Následuje sešití ran.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po operaci může dlouhodobě nebo trvale dojít k poruše citlivosti obličeje. Po výkonu je pacientovi doporučován fyzický klid, studené obklady, užívání léků proti bolesti či jiných léků ordinovaných a doporučených lékařem. Vhodná je kašovitá nebo mixovaná strava, dodržování zvýšené péče o hygienu dutiny ústní (čištění zubů, výplachy dutiny ústní). Délka pracovní neschopnosti se řídí celkovým zdravotním stavem pacienta a povahou jeho zaměstnání. Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.	
Další potřebná léčba: Pooperační kontroly, dokončení ortodontické terapie do stabilizace stavu.	
Poznámka:	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

....

podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka