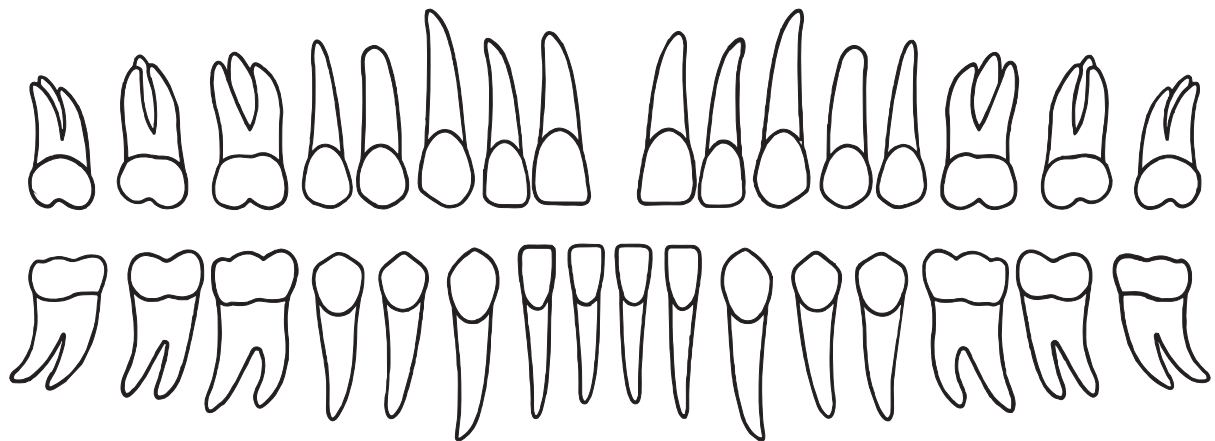


Broj uloška _____

Broj kartona _____

Prezime, ime roditelja i ime _____

Datum _____

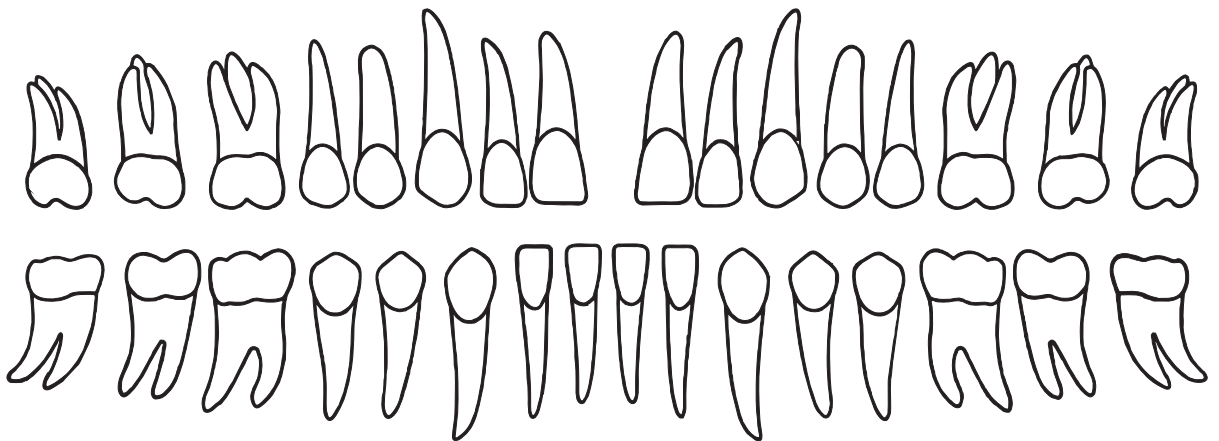


Status

Opšta oboljenja	
Anamneza	
Lokalni nalaz	
Rengenski nalaz	
Patohistološki nalaz	
Laboratorijski nalaz	

Operacije

Datum	Naziv operacije	Tok operacije	Doktor operator	Asistent



Sanacija

Postoperativni tok

Datum	Postoperativni tok	Propisana terapija

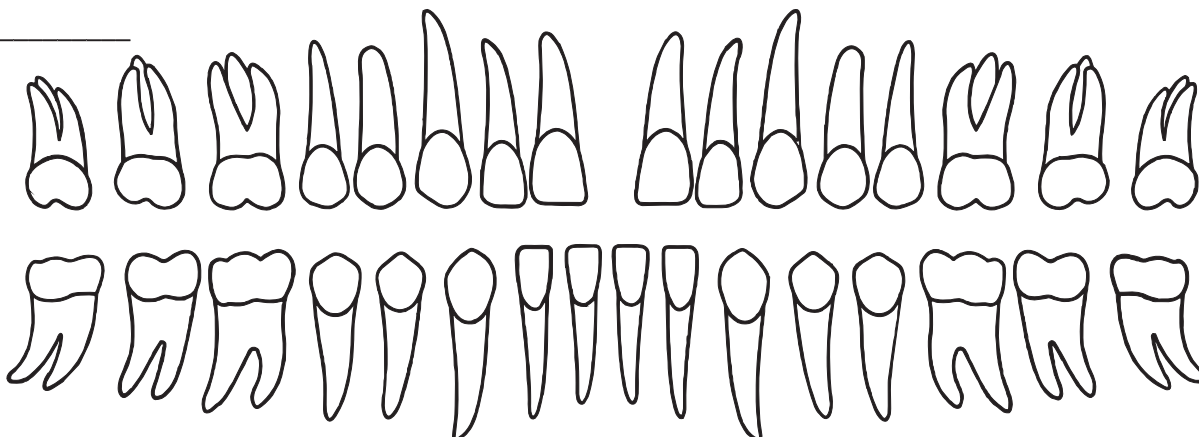
STOMATOLOŠKA PROTETIKA

Broj uloška _____

Broj kartona _____

Prezime, ime roditelja i ime _____

Datum _____



Status

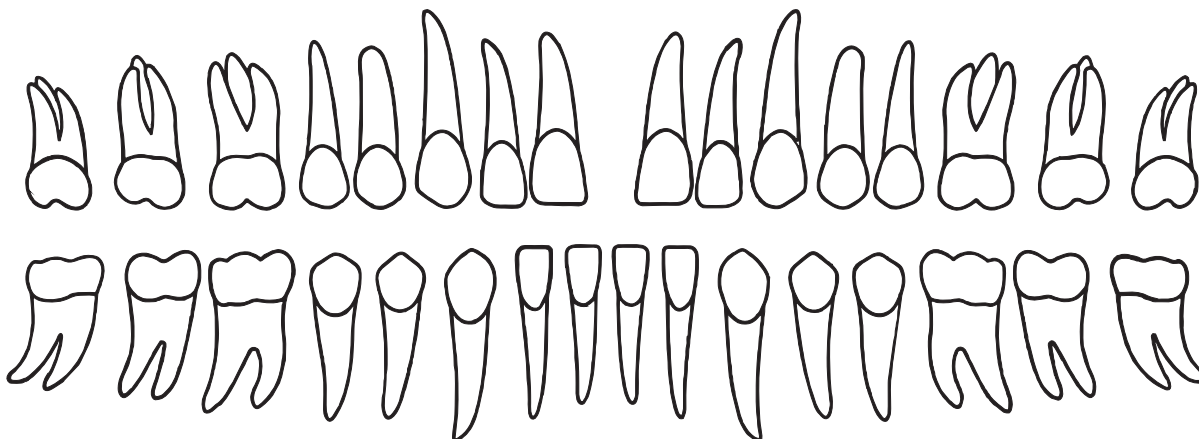
Prezime i ime stomatologa _____

Prezime i ime zubnog tehničara _____

Vrsta stomatološkog rada _____

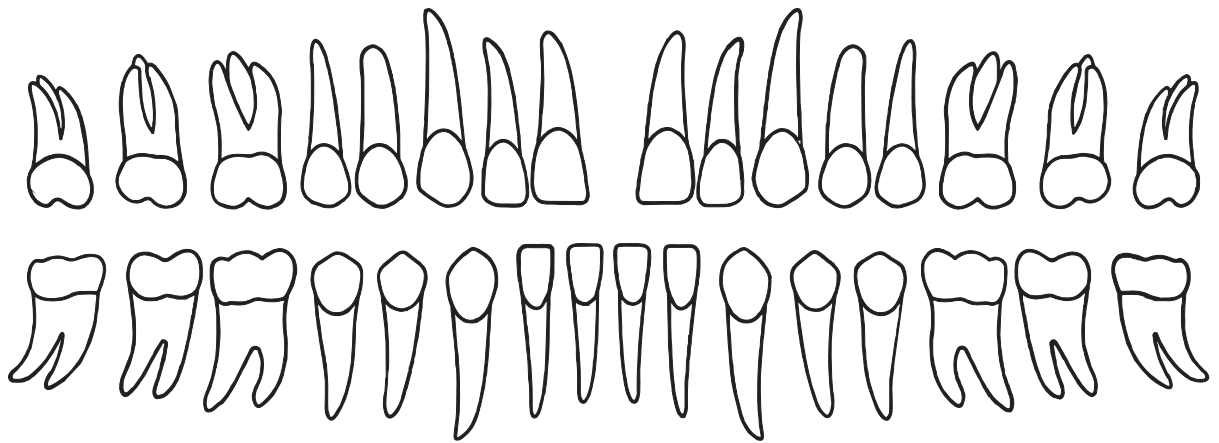
Anamneza _____

Datum faze rada	Naziv faze rada	Opis rada	Zub	Boja zuba



Sanacija

Datum _____



Status

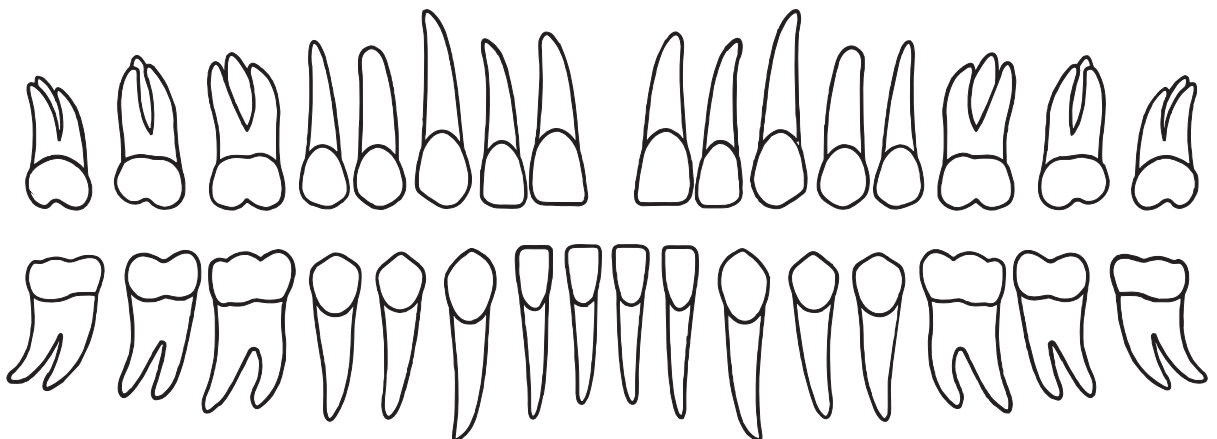
Prezime i ime stomatologa _____

Prezime i ime zubnog tehničara _____

Vrsta stomatološkog rada _____

Anamneza _____

Datum faze rada	Naziv faze rada	Opis rada	Zub	Boja zuba



Sanacija

Stomatolog: _____

Pacijent: _____

LEKOVI I MEDICINSKA SREDSTVA: Razumem da antibiotici, anestezija i druga medicinska sredstva mogu izazvati alergijske reakcije i prouzrokovati oticanje, gušenje, crvenilo, svrab, povraćanje kao i anafilaktički šok.

PROMENE U PLANU TERAPIJE: Razumem da tokom lečenja može doći do promene u predloženom planu terapije zbog stanja zuba i okolnog tkiva koje je bilo nemoguće otkriti tokom prvog pregleda i spreman sam da snosim troškove nastalih promena plana, npr. lečenje zuba kao priprema za protetsku rehabilitaciju. Dajem svoju saglasnost stomatologu da izvrši sve potrebne promene ako do toga dođe.

ANESTEZIJA: Razumem da su prilikom primene lokalne anestezije moguće komplikacije, kao što su: nepotpun efekat anestezije usled delovanja zapaljenja ili anatomskih varijacija, prelom igle, povreda živca, povreda krvnog suda, infekcija, postanestetijski bolovi, nekroza tkiva ili efekat anestetika na susedne živce.

ISPUNI (PLOMBE): Razumem da sa plombama moram više da vodim računa dok žvaćem kako ne bi došlo do oštećenja istih. Razumem da je nekada potrebno postaviti veću plombu od prvobitno planirane zbog većeg oštećenja zuba. Razumem da zub, nakon postavljanja nove plombe, može biti osetljiv na hladno, toplo, kiselo, dodir i druge nadražaje, čak duže vremena. Shvatam da se u retkim slučajevima, posle postavljanja ispuna, može javiti bol, otok i odumiranje živca i da je tada neophodno da se zub dodatno leči. Razumem da može doći do prebojavanja estetskih ispuna. Razumem da će možda biti potrebna dodatna poseta stomatologu radi korekcije kontakata na ispunu i da postoji mogućnost slučajnog ugrizanja posle postavljanja novog ispuna.

LEČENJE ZUBA: Razumem da nema garancije da će lečenjem zuba isti biti spašen, da će možda biti potrebno više poseta kako bi se terapija završila, da mogu da se pojave komplikacije (bol, otok itd.) i da će tokom lečenja možda biti potrebno uzimanje lekova koji imaju opšte dejstvo (analgetici, antibiotici). Razumem da je prilikom lečenja kanala korena zuba moguće oštećenje stomatoloških radova već prisutnih na zubu koji se leči. Ponekad, materijal kojim se puni koren zuba može proći kroz njegov vrh, što ne utiče uvek na uspešnost terapije. Razumem da su instrumenti kojima se leči koren zuba (endodontske igle) veoma tanki i da može doći do njihovog preloma u kanalu korena tokom lečenja. Razumem da nekada, zbog komplikovane građe, kanale korena nije moguće odgovarajuće obraditi i napuniti i da postoji mogućnost probijanja zida kanala korena. Razumem da je nekada, usled pomenutih razloga, potrebna i dodatna specijalistička (endodontska ili hirurška) intervencija na korenu u sklopu lečenja zuba (resekcija, disekcija). Shvatam da zub ipak može biti izgubljen, uprkos svim pokušajima da se spasi. Razumem da je tokom lečenja kanala korena moguće oštećenje okolnih mekih tkiva usled delovanja lekova koji se postavljaju u zub, kao i prebojavanje krunice zuba posle terapije.

VAĐENJE ZUBA I HIRURŠKE INTERVENCIJE: Razumem da moje stanje zahteva vađenje zuba ili određenu hiruršku intervenciju. Ovlašćujem svog stomatologa da mi izvadi zub ili izvrši neophodnu hiruršku intervenciju (resekciju korena zuba, vađenje impaktiranog zuba, cistektomiju, inciziju, sinus lift itd.). Razumem da vađenje zuba ne otklanja uvek i u potpunosti infekciju, ukoliko ona postoji, i da će možda biti neophodno dalje lečenje. Razumem i rizike koji, između ostalog, uključuju: bol i nelagodnost, otok, krvarenje, krvni podliv, infekciju, utrnulosti brade, usne, obraza, desni, zuba ili jezika, koja, izuzetno retko, može biti i trajna, kao i mogućnost oštećenja okolnih zuba i tkiva, otvaranja sinusne šupljine i prelom vilice. U ovim slučajevima može biti neophodna pomoć specijaliste uz dodatne troškove koje ću sâm da snosim. Razumem da ne postoji garancija za uspeh takvih intervencija.

FIKSNE NADOKNADE (FASETE, KRUNE, MOSTOVI I ZAŠTITNE KRUNE): Razumem da nekada nije moguće potpuno uskladiti boju veštačkih zuba sa bojom prirodnih. Razumem da će možda biti neophodno da budu postavljene zaštitne (privremene) krune. Potvrđujem da mi je data prilika da utičem na boju, oblik i veličinu svojih novih zuba pre definitivnog cementiranja. Shvatam da su kompozitne fasete/krune sklone prebojavanju.

POKRETNE NADOKNADE (PROTEZE): Razumem da nošenje proteza nije uvek lako. Pojava rana, otežan govor i žvakanje su najčešći problemi. Postavljanje imedijatnih proteza, odmah nakon vađenja zuba, može biti bolno. Imedijatne proteze mogu zahtevati nekoliko podlaganja i korekcija u prvih godinu dana. Nakon nekog vremena će možda biti neophodno uraditi i definitivne proteze, što nije uključeno u cenu imedijatne. Razumem da je moja obaveza i odgovornost da dođem na definitivnu predaju proteze u zakazanom terminu i da bilo kakvo odlaganje može protezu učiniti neadekvatnom zbog promena na tkivima. Potvrđujem da mi je na probi data prilika da utičem na boju, oblik i veličinu zuba i da nisam imao-la zamerki.

ORTODONTSKA TERAPIJA: Razumem da moram dolaziti redovno na zakazane kontrole zbog korekcije mobilnih ili fiksnih ortodontskih aparata, jer to utiče na uspeh i dužinu trajanja terapije. Objašnjeno mi je da moram pravilno održavati oralnu higijenu. Razumem da nakon skidanja fiksnog aparata sledi period retencije i da ću morati jedno vreme nositi retinere (splint aparat, folije).

PARODONTALNA TERAPIJA: Razumem da imam patološko stanje uzrokovano infekcijom desni i vilične kosti, koje dovodi do gubitka kosti i samog zuba. Objašnjene su mi sve mogućnosti lečenja (uklanjanje mekih i čvrstih naslaga - kamenca, duboka kiretaža džepova, korišćenje lasera, hirurška terapija - režanj operacija uz dodavanje veštačke kosti i membrana itd.). Razumem da parodontološka terapija može u nekim slučajevima rezultirati i neuspehom što dovodi do gubitka (vađenja) zuba.

BELJENJE: Razumem da su prilikom beljenja zuba moguće komplikacije, kao što je bolna osetljivost, povreda mekih tkiva oko zuba ili mučnina/povraćanje prilikom uzimanja otisaka za foliju za beljenje. Razumem da nekada nije moguće postići željenu nijansu boje i da postoji mogućnost postepenog, blagog tamnjenja zuba posle sprovedene terapije.

ESTETIKA LICA: Razumem da će prilikom estetskih tretmana kod kojih se koristi igla vrlo verovatno doći do krvarenja na mestu uboda. Nakon ubrizgavanja preparata može se javiti peckanje, svrab ili neprijatnost prilikom dodira mesta aplikacije. Ovakva reakcija može trajati nekoliko dana. Vrlo retko može se javiti gubitak boje kože ili sluzokože na mestu uboda, nekroza, hipersenzitivnost, formiranje apscesa, granuloma ili hematoma. Otvrdnuće ili čvorići takođe mogu nastati na mestu uboda. Razumem da prosečan vek efekta tretmana usana je kraći nego kod drugih oblasti zbog velike prokrvljenosti i pokretljivosti usana. Razumem da moram izbegavati naglašenu gestikulaciju lica, konzumiranje alkohola i korišćenje šminke prvih 12 časova, a ekstremno izlaganje suncu, UV svetlosti, niskim temperaturama i sauni dve nedelje nakon tretmana.

Obavezujem se da ću dolaziti na redovne kontrole, zakazane od strane stomatologa, najmanje jednom godišnje, jer se u suprotnom ugrožava uspeh, rezultat i dugotrajnost primenjenog terapijskog postupka, kao i da ću se u slučaju bilo kakve komplikacije nakon stomatološke terapije obratiti stomatologu koji je istu obavio.

Potpis pacijenta (roditelja, staratelja): _____

Datum: _____

Potpis stomatologa: _____

Upoznat-a sam sa Članom 11 i Članom 33 Zakona o zaštiti pacijenta.

Prihvatam da fotografije, bez otkrivanja identiteta, koje su sudsko-medicinski dokument, načinjene pre i posle stomatološke intervencije, mogu biti korišćene u naučno-stručne svrhe.

Datum: _____

Potpis pacijenta (roditelja, staratelja): _____