

# **Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb**

podle § 28 až § 42 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

## **DENTÁLNÍ HYGIENA**

**Poskytovatel zdravotních služeb:** Bc. Barbora Jírová Šafránková, DiS.

**IČO:** 06788157

**Adresa pracoviště:** Olšanská 2666/7, 130 00 Praha 3

---

**Jméno a příjmení pacienta:**

**Datum narození:**

**Bydliště:**

**Zaměstnání:**

---

### **Informace o zdravotním výkonu**

Dentální hygiena má preventivní a léčebný charakter. Jejím účelem je primárně předcházet vzniku onemocnění v dutině ústní a léčba zánětu na parodontu (závěsném aparátu zubů).

Zjišťuje se objektivní stav pacienta se zaměřením na dutinu ústní, konfigurace obličeje a krku, charakter kožního krytu oblasti dutiny ústní a obličeje, výskyt ústního dýchání, parafunkcí, zlovyků, stav mízních uzlin hlavy a krku, stav ústní sliznice, stav chrupu, stav dásně (zánětlivé změny: barva, povrch, tvar, zduření, krvácivost, recesy), stav závěsného aparátu zubu (detekce a sondovatelná hloubka parodontálních kapes měřením pomocí kalibrované sondy u každého zubu na 4 – 6 ti místech), hnisavý výtok z parodontální kapsy, zvýšená pohyblivost zubů, výskyt sekundárních faktorů pro místa zadržování plaku, přítomnost zápachu z úst, nálezy na sliznicích a dásních, úroveň ústní hygieny (přítomnost plaku, zubního kamene a pigmentací). V závěru se přejde ke srozumitelné interpretaci nálezů u pacienta (demonstrace stavu dutiny ústní pomocí intraorální kamery, objasnění příčin), stanovení cíle a plánu léčby. Následný počet návštěv se odvíjí od míry znečištění zubů a stavu parodontálních tkání.

### **Popis a průběh zdravotního výkonu**

Před zahájením ošetření se zjistí hloubka a průběh dásňového žlábků či dna chobotu (parodontální kapsy) sondáží po celém obvodu zubu, výskyt sklovinných atypií a strukturně odlišných anomálií.

Poté je přistoupeno k instrumentálnímu odstranění všech tvrdých a měkkých povlaků z povrchu zubů nad dásní a z poddásňového prostoru do hloubky 3 mm pomocí ručních nástrojů v kombinaci s využitím přístrojové techniky, tj. zejména ultrazvuk, piezon, vector, pískovač.

Vyčistí se a vyleští povrch zubů odstraněním pigmentací rotačními kartáčky nebo kalíšky s čistícími a lešticími pastami či pomocí pískovače.

Hloubkové čištění se provádí instrumentálním odstraněním tvrdých a měkkých povlaků z pod dásní v prostoru hlubším než 3 mm a poté ohlazením povrchu kořene zubu. Bude přistoupeno k výplachu parodontální kapsy antiseptickým roztokem.

V případě pokročilého stádia chronické parodontitidy (velké množství hluboko usazeného poddásňového zubního kamene, parodontální kapsy nad 5,5 mm, viklavost zubů apod.) může stav Vaší dutiny ústní již vyžadovat péči lékařů na specializovaném pracovišti parodontologie.

### **Rizika zdravotního výkonu, důsledky a následky**

Pacient může po ošetření sledovat výraznější citlivost na tepelné podněty v důsledku odstranění zubního kamene z povrchu zubních kořenů (odhalený povrch již není kryt vrstvou kamene a je tedy citlivější).

Pacient může sledovat ústup dásně. Nejedná se o ztrátu tkání, ale o ústup zánětlivého otoku, což je žádaná reakce. V důsledku tohoto může být opět přechodně zvýšená senzitivita - citlivost. V prvních dnech používání mezizubních kartáčků je přítomnost krvácení při mezizubním čištění standardním projevem, a to díky kontaktu se zanícenou tkání. Krvácení při pravidelné mezizubní péči by mělo vymizet do několika dnů.

Při odstranění nánosů plaku a kamene je přítomnost většího krvácení během výkonu standardním projevem, a to vzhledem ke kontaktu se zanícenou tkání.

Během odstranění zubního kamene může dojít k uvolnění výplně či korunky pouze v případě, že tato již není plně funkční a je třeba ji vyměnit.

Při odstranění masivnějších depozit zubního kamene a plaku dochází k přechodnému uvolnění velkého množství bakterií. Ve výjimečných případech se jejich rozptyl do sliznic může projevit v rozsevu herpetické infekce (oparů).

Na výsledku terapie absolvované v ordinaci dentální hygieny se nejvíce podílí pravidelná domácí péče o dutinu ústní prováděná pacientem, bez ní nelze zaručit výsledný efekt. Ošetření v ordinaci dentální hygieny připraví podmínky pro efektivní domácí péči a započne proces regenerace. To, zda a jak dobře bude regenerace probíhat, je v přímé úměře s kvalitou a frekvencí následné domácí péče.

**Abychom ochránili Vaše zdraví a snížili riziko možných komplikací na minimum, zodpovězte prosím následující otázky uvedené v anamnestickém dotazníku.**

**V případě vážných komplikací po tomto zdravotním výkonu (např. zvýšená bolest zubů nebo dásní, zvýšená krvácivost dutiny ústní, bolest hlavy) kontaktujte svého zubního lékaře nebo dentální hygienistku.**

## Anamnestický dotazník

Jakékoliv onemocnění může mít vliv na Vaše stomatologické ošetření. Vyplňte, prosím, pečlivě tento anamnestický dotazník, který se stane součástí Vaší zdravotnické dokumentace v rámci dentální hygieny. Údaje podléhají lékařskému tajemství a budou použity pouze k tomu, abychom ošetření přizpůsobili Vašemu zdravotnímu stavu. *Vhodnou odpověď zakroužkujte, nehodící se odpověď škrtněte.* V případě, že u Vás dojde ke změně zdravotního stavu, případně jiných zde uvedených údajů, pak nám tuto skutečnost sdělte.

**Příjmení:** ..... **Jméno:** .....

**Rodné číslo:** ..... **Pojišťovna:** .....

**Adresa trvalého bydliště:** .....

**Tel. kontakt:** ..... **E-mail:** .....

**Další kontaktní osoba** (v případě zanechání vzkazu např. přebobjednání domluveného termínu Vaší návštěvy):

.....

### **Trpíte některým z uvedených onemocnění?**

• Onemocnění srdce a cév ANO NE

a) riziko vzniku infekční endokarditidy

ANO NE

b) stav po operaci srdeční chlopně

ANO NE

c) kardiostimulátor

ANO NE

• Poruchy krevního srážení ANO NE

• Alergie ANO NE

*jaké*.....

• Osteoporóza (řidnutí kostí) ANO NE

• Cukrovka ANO NE

• Asthma bronchiale ANO NE

• Epilepsie ANO NE

• Vysoký krevní tlak ANO NE

• Onemocnění štítné žlázy ANO NE

• Infekční onemocnění ANO NE

*jaké* .....

**Jiné onemocnění**.....

### **Vyžaduje Vaše onemocnění před invazivním zákrokem podání antibiotik?**

ANO NE

### **Užíváte pravidelně nějaké léky? (např. na ředění krve, na osteoporózu, na cukrovku, na epilepsii apod.)**

ANO NE

*jaké*.....

**Kouříte?** ANO NE

### **Váš ošetřující stomatolog (jméno, kontakt):**

.....

.....

.....

**Datum:** .....

**Podpis:** .....

### Alternativy zdravotního výkonu

Jedinou alternativou tohoto zdravotního výkonu je návštěva u Vašeho zubního lékaře.

### Omezení a doporučení

Jedná se o zdravotní výkon téměř bezbolestný - ambulantní bez podávání medikamentů či anestezie. Doporučuje se zvýšená ústní hygiena, popř. výplachy dutiny ústní chlorhexidinovým roztokem. Pracovní omezení ve většině případů není.

---

### Prohlášení pacienta

Prohlašuji tímto, že:

- ✓ Jsem byl/a ze strany výše uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován/a o výše uvedeném zdravotním výkonu.
- ✓ Jsem byl/a informován/a o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče.
- ✓ Jsem byl/a informován/a o případných alternativách.
- ✓ Jsem byl/a informován/a o možných důsledcích a rizicích navrhované zdravotní péče a bylo mi umožněno klást doplňující otázky.
- ✓ Jsem byl/a informován/a o vhodném léčebném režimu a preventivních opatřeních, dále o provedení pravidelných kontrolních zdravotních výkonů.
- ✓ Jsem byl/a informován/a o možném omezení v obvyklém způsobu života.
- ✓ Jsem nic nezamlčel/a o svém zdravotním stavu a předchozí anamnestický dotazník jsem vyplnil/a pravdivě, každou změnu ihned ohlásím.
- ✓ Jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu, který podstupuji v souladu s diagnózou a léčebným postupem zubního lékaře.

V případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré potřebné postupy k záchraně mé dutiny ústní a mého zdraví.

***Domluvenou návštěvu lze zrušit/přeobjednat osobně, telefonicky, SMS zprávou či e-mailem minimálně s třídenním časovým předstihem.***

**Poučení jsem plně porozuměl/a, nemám již žádné otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji svůj souhlas. Zároveň jsem si vědom/a toho, že shora uvedené je poplatné i v rámci dalších návštěv.**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis pacienta

# INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

dle čl. 13

## NAŘÍZENÍ

EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU)

2016/679

ze dne 27. dubna 2016

**o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto**

**údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)**

---

Vaše osobní údaje jsou zpracovávány ve zdravotnické dokumentaci v plném souladu s platnými právními předpisy zejména v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a jeho prováděcími předpisy.

Jejich zabezpečení a ochrana je zajištěna v souladu s těmito předpisy i v souladu s Obecným nařízením pro ochranu osobních údajů 2016/679.

Kromě možnosti přístupu k Vaším osobním údajům námi vedených, máte právo požadovat jejich opravu či omezení zpracování pokud zjistíte, že jsou tyto údaje nesprávné.

Poskytování Vašich osobních údajů je zákonným požadavkem a máte jako pacient povinnost je poskytnout, stejně jako zdravotnický pracovník má právo jej po Vás požadovat. Neposkytnutí Vašich osobních údajů bude znamenat, že Vám nebudeme moci poskytnout zdravotní služby v plném rozsahu.

**Souhlasím se zpracováním mnou vyplněných kontaktních údajů za účelem vyřízení objednávky k ošetření, přobjednání domluvené návštěvy, zrušení termínu návštěvy či zodpovězení dotazů.**

.....  
Podpis pacienta