

Beteg nyilatkozata és beleegyezése egészségügyi beavatkozás elvégzéséhez

Alulírott (Amennyiben szükséges:)
Név: (Képviselő neve:)
Lakcím: (Képviselő lakcíme:)
Születési hely és idő: Kapcsolattartási adatok:

az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 15. § (2)-(4) bekezdéseinek megfelelően, amelyek szerint „Az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza A betegnek joga van arra, hogy a kivizsgálását és kezelését érintő döntésekben részt vegyen. Az e törvényben foglalt kivételektől eltekintve bármely egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg megtevéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését adja. A beteg a ... beleegyezését szóban, írásban vagy ráutaló magatartással megadhatja, kivéve, ha e törvény eltérően nem rendelkezik.” valamint kezelőorvosom tájékoztatása alapján

kijelentem, hogy részletes és érthető tájékoztatást kaptam

- kezelőorvosomtól:(orvosi nyilvántartás:.....);
- az implantációs fogpótlás készítéséről, a további szükséges ellátásokról és a lehetséges komplikációkról;
- az implantátumos fogpótlás készítésének időigényességéről, amely akár 9-12 hónapot is igénybe vehet
- a beavatkozás sikerét veszélyeztető körülményekről (különös tekintettel az általam megnevezett alapbetegségeimre, káros szenvedélyemre (dohányzás, alkoholfogyasztás), illetve arról, hogy az implantátum elvesztése esetén milyen fogpótlás lehetséges;
- arról, hogy az implantáció sikere 100%-osan nem garantálható, valamint, hogy az implantátum bennmaradásának az ideje sem határozható meg pontosan;
- arról, hogy csontpótlás során kiegészítésként növényi és állati, esetleg humán eredetű csonthelyettesítő anyagok kerülnek felhasználásra annak érdekében, hogy a csontpótlás minősége tökéletes legyen;
- a saját tervezett implantációmmal kapcsolatos különleges körülményekről, a műtét időpontjáról, folyamatáról, várható kimeneteléről, minden részletéről és az implantáció nélküli lehetséges gyógymódokról;
- a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól;
- arról, hogy a műtétet követő első napokban a beavatkozás területe különböző mértékben feldagadhat, amely hideg borogatással kezelhető;
- arról, hogy implantációnál előfordulhatnak utólagos vérzések és sebgyógyulási zavarok a műtétet követő 2 hétben;
- arról, hogy implantációnál, illetve csontpótlásnál a felső és alsó állkapocsban, valamint egyéb beavatkozásoknál (pl. csontelvtétel az állkapocsból, ideg áthelyezés stb.) előfordulhat az ajak, illetve az első fogak érzéketlensége, de általában ez csak átmeneti állapot;
- arról, hogy az alsó állkapocsban történő helyi érzéstelenítés során előfordulhat a nyelvideg sérülése; a felső állkapocsba történő implantálás során előfordulhat az arcüreg megnyílása, elfertőződése és ebből következő arcüreggyulladás; alsó állkapocsba történő implantáció során előfordulhat az állkapocsideg sérülése
- arról, hogy nagyobb mennyiségű érzéstelenítőszer adása esetén roszullét előfordulhat
- arról, hogy a műtétet követően kialakult egészségügyi problémáimról haladéktalanul értesítenem kell kezelőorvosomat
- a fentiekben túl is minden feltett kérdésemre, további megválaszolatlan kérdéseim általában vagy a tervezett beavatkozással kapcsolatban nincsenek;
- arról, hogy egészségügyi dokumentációmról és egészségügyi adataimról hogyan kaphatok tájékoztatást, valamint azokkal hogyan rendelkezhetek;
- arról, hogy milyen következményekkel járhat számomra az implantáció és a szükséges csontpótlás elmaradása, elhalasztása
- arról, hogy a behelyezett implantátumra és csontpótló-anyagra, annak hibátlan minőségére a gyártó garanciát vállal;
- a műtét és az azt követő kezelések során a felmerülő költségekről (Hermes Dental Kft.) díjjegyzéke alapján, amely díjakat közvetlenül neki megfizetem;
- **hozzájárulok kezelőorvosom bármely döntéséhez annak érdekében, hogy amennyiben az operáció alatt az eredményes implantáció készítését befolyásoló rizikófaktorok illetve komplikációk merülnek fel, melyek következtében a beavatkozás megváltoztatása illetve kiterjesztése (pl. csontpótlással) vagy az attól való elállás szükséges, úgy a kezelőorvos megtegyen minden szükséges intézkedést.**

A garancia feltételeit köszönettel elfogadom a következők szerint:

a/ Hermes Dental Kft 5 év teljes körű garanciát vállal a következőkre: implantációra, csontpótlásra, sinus-elevatióra amely érvényes a fenti ellátási módok során a rendeltetésszerű használat mellett történő károsodásra;

b/ az a/ pontban megjelölt esetekben a Hermes Dental Kft-vel szerződéses jogviszonyban álló fogorvos/ szájszész ingyenesen helyreállítja, megjavítja a sérült részt vagy az előzővel azonos minőségű ellátást biztosít. A beavatkozás díja arra tekintettel került meghatározásra, hogy a klinika és a kezelőorvos az itt írott garancia-feltételek teljesítésén túl semmilyen, pl. kártérítési vagy más anyagi felelősséggel nem tartozik;

c/ nem érvényes a garancia a következőkre: a Hermes Dental Kft -vel szerződéses jogviszonyban álló fogorvos/szájszész által elvégzett kezelésekre, amennyiben azokat más, nem általa megnevezett fogorvos javítani próbált; időközben kialakult, a kezelést megelőzően nem ismert allergiákra és következményeikre; éjszakai csikorgatásra, szorításra; rendellenes használatra, baleseti sérülésre; súlyos, kezeletlen fogágy-betegség esetén;

A garancia akkor érvényesíthető, ha: a kezelést követő fél éven belül az előírt kontrollvizsgálatokon a páciens megjelenik, ahol panorámaröntgen is készül (a kontroll vizsgálaton szájhygiéniai kezelés is történik),

-A páciens betartja a kezelőorvos szájhygiéiára és a fogpótlás tisztán tartására vonatkozó előírásait, csikorgatás (bruxizmus) esetén a megfelelő védelemmel, sínek használata.

-A fogpótlást a páciens csak és kizárólag rendeltetésszerűen használja. **Rendeltetésszerű használat:** a fogpótlás kizárólag fiziológiás rágóerőknek van kitéve, a fogmű túlterhelődése nélkül. Antagonista fogmű megléte, hiánya esetén nem tud a rendelő felelősséget vállalni az elkészített fogsorért.

-Nem alakul ki csont- és ínybetegség,

-A felhasznált fogászati anyagok **nem** baleset, **nem** sportsérülés, vagy más, a rendeltetéstől eltérő igénybevétel miatt rongálódtak meg,

-A felhasznált fogászati anyagok, **nem** ütés, **nem** kemény tárgyra harapás, **nem** tépés miatt rongálódtak meg,

-A páciens általános betegsége nincs hatással a beépített fogászati anyagokra, (pl. cukorbetegség, epilepszia, csonttritkulás, kemoterápia utáni állapot),

A páciens nem, vagy csak ritkán dohányzik, nem szed tudatmódosító szert (drog),

A páciens pszichés és egyéb mentális betegségben nem szenved,

A kiesett implantátumot kezelésre magával hozza és semmi nem zárja ki annak visszaültetését.

Az elvégzett fogászati kezelések csak és kizárólag a Hermes Dental fogászatban történtek. A garancia csak és kizárólag az általunk átadott fogművekre, fogpótlásokra vonatkozik

A fentebb kifejtettek teljes körű megértése, végig kérdezése és alapos átgondolása alapján további kérdéseim nincsenek.

Kérem, hogy

fogaimat a hagyományos fogpótlási eljárások valamelyike helyett műtéttel járó állcsontba ültetett, implantátumokon elhorgonyozott fogpótlással, fogbeültetéssel illetve csontpótlással pótolják annak kifejezett elfogadásával, hogy az implantátumok eltávolításának szükségessége ill. a műtét közben fellépő komplikáció esetén sem a Hermes Dental Kft-vel, sem pedig más kezelő orvossal szemben semmilyen követelést nem támasztok. A beavatkozás sikere érdekében

vállalom, hogy

- az implantációt követően fogaimat rendszeresen és nagyon alaposan ápolom az erre vonatkozó részletes tájékoztatásnak megfelelően különös tekintettel arra, hogy az implantátum tartós bennmaradásában a kifogástalan szájhygiéne rendkívül nagy szerepet játszik és az elégtelen szájjápolás, valamint a dohányzás az implantátum kilökéséhez vezethet;
- a szükséges kontroll vizsgálatokon az első évben 6 havonta megjelenek utána évente 1x, kivétel ha szükséges, pl. gyakori fogkő keletkezése során.
- a javasolt állapotfenntartó kezeléseket elfogadom és elvégeztetem;
- az alsó állkapocsból történt csontelvétele után egy esetleges állkapocs csonttörés megelőzése érdekében hat-hétig kizárólag puha ételeket fogyasztok;
- a csontfelépítő műtétek után protézist nem viselek fél évig éjszakára, valamint az első 3 hétben nappal sem;
- teljes narkózis és bódítással végzett műtétek után 24 órán át a közlekedésben aktívan nem veszek részt;
- az operáció napján a korlátozott a közlekedési képesség miatt kísérelvel távozom el a klinikáról.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem adok pontos és szabatos válaszokat a következő kérdésekre vagy bármely releváns körülményt eltitkolok, úgy a fogorvosi beavatkozás indokoltsága és módja nem határozható meg:

Általános betegség:

Közelmúltbeli megbetegedések:

Folyamatban lévő gyógykezelések:

Szedett gyógyszerek vagy gyógyhatású készítmények:

Gyógyszerérzékenység:

Egészségkárosító kockázati tényezők (pl. dohányzás, drogok használata stb.):

Vérnyomásproblémák:

Véralvadási problémák:

Szívproblémák, szívműtétek, műbillentyű:

Szervátültetés:

Csípőprotézis:

Csontritkulás és arra szedett gyógyszerek:

Cukorbetegség és arra szedett gyógyszerek:

Munkahelyi veszélyeztettség:

Előző fogászati illetve szájszészeti kezeléseim során előforduló problémák:

Fertőző megbetegedéseim (Hepatitis, HIV, TBC, stb):

Egyéb panaszok:

Háziorvos neve, elérhetősége:

Roszsullét esetén értesítendő (név, telefonszám):

.....
keltezés helye

.....
keltezés ideje

Igazolom, hogy elolvastam és teljesen megértettem a fenti nyilatkozatot. Minden kérdésemre kielégítő választ kaptam. A fentiek ismeretében kérem, hogy számomra implantációs fogpótlást készítsenek:

olvasható név és aláírás

Előttünk mint tanúk előtt:

Név:

Név:

Cím:

Cím:

Kérem, mielőtt a kezelést elkezdjük, legyen szíves írja alá ezt a nyilatkozatot! Ha az abban foglaltakkal egyetért, adja át a rendelő személyzetének! Ennek hiányában a kezelést nem tudjuk elkezdni.