



MyDentist *BUDAPEST*

Tájékoztató és bejegyző nyilatkozat Arcüreg műtéthez

Név: Szül.hely, -idő:
Lakhely: TAJ szám:.....
Anyja neve:..... E-mail:
Mobil:.....Egészségpénztár/ tagi azonosító:.....

Mi a teendő arcüregműtét esetén?

A felső fogsor rágófogainak gyökerei egyes embereknél az arcüregbe nyúlhatnak, igen gyakran pedig csak vékony csontos fal választja el őket. Ilyen esetben természetesen előfordulhat, hogy foghúzás alkalmával ez a fal átlukad és a kihúzott fog helyén nyílás keletkezik a száj- és arcüreg, valamint az orrüreg között. Ezen a természetellenes nyíláson keresztül a szájüreg tartalma az orr felé ürülhet és fordítva. Ennek a rendellenes állapotnak a **megszüntetése rendszerint sürgős műtéti beavatkozást igényel.**

* Műtét előtt kérjük, hogy kezelőorvosának mutasson be minden dokumentumot, amely egészségi állapotára vonatkozik. Mondja el, hogy feküdt-e kórházban, operálták-e valamivel. Kapott-e vért, vérkészítményt, szed-e rendszeresen gyógyszert, tud-e gyógyszerérzékenységéről, vérzékenységéről, esetleg alkohol és kábítószer fogyasztását saját érdekében ne hallgassa el.

* A műtétet általában injekciós, helyi érzéstelenítésben végzik. A szájban és az orrban végzett beavatkozást az operáló orvossal való szoros együttműködés teheti könnyebbé.

* A műtét után Önnek kímélő életmódra van szüksége. Az orrát fújni, hajolgatni, emelgetni szigorúan tilos!

* Az orvos által előírt gyógyszereket pontosan szedje.

* Az előírt ellenőrző vizsgálatokon a megbeszélte időpontban rendszeresen jelenjen meg.

Alulírott.....(név) (szül. idő) nyilatkozom arról, hogy egészségi állapotomról, eddigi megelőző gyógykezeléseimről, gyógyszereszedésemről, más betegségeimről, kockázati tényezőimről, egészségügyi és személyi adataim hitelességéről a megfelelő dokumentációt és tájékoztatást a „**MyDentist Budapest**” dolgozóinak átadtam, semmit el nem titkoltam.



MyDentist *BUDAPEST*

Tanúsítom, hogy engem Dr..... kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról (kérjük, hogy „X”-el jelölje a sorok előtti mezőkben):

- Betegségemről (kórismertet magyarul, latinul)
- A javasolt gyóymódról (magyarul, latinul)
- Az érzéstelenítés módjáról
- A beavatkozás kockázatairól
- Helyette alkalmazható más gyóymódokról

Valamint ismertette azok kockázatait és következményeit és ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárások előnyeit és hátrányait.

Tudomásul veszem, hogy a „**MyDentist Budapest**”-ben történő ellátásom során oktatási tevékenység is folyhat, így továbbképzésen lévő szakorvosok, szakorvosjelöltek, orvostanhallgatók, nővérek jelenléte, esetleges közreműködése emberi méltóságom nem sérti.

Tudomásul veszem, és elfogadom az előre egyeztetett időpont és a beavatkozás lemondására vonatkozó feltételeket (kérjük, hogy „X”-el jelölje a sorok előtti mezőkben):

- Hagyományos beavatkozás esetén a kezelést megelőző 24 órán belüli lemondás, vagy nem lemondás (meg nem jelenés) esetén, 3.000 Ft rendelkezésre állási díjat fizetek a következő megvalósult kezelés alkalmával.
- Műtét esetén a műteti időpont megbeszélésekor, lekötésekor 50.000Ft előleget kell kifizetni, mely a műtét egyeztetett időpontjában történő elvégzése esetén a végösszezből levonásra kerül. Amennyiben bármilyen oknál fogva a műtét kitűzött időpontját megelőző 48 órán belül részemről történik lemondás (utazás, egyéb elfoglaltság, más okból stb.) vagy meg nem jelenés esetén az előleg a rendelkezésre állási díjként a klinikát illeti, vissza nem igényelhető. Amennyiben a műteti időpontot megelőző 48 óránál hamarabb történik a lemondás, az 50.000Ft a következő műteti időpont kauciójának minősül.



MyDentist *BUDAPEST*

Tudomásul veszem, hogy az ellátáshoz, folyamatos kezeléshez, utókezeléshez, kontrollvizsgálatokhoz való beleegyezésemet a formai szabályok betartásával bármikor visszavonhatom, ez esetben viszont a további kezelés visszautasítása, a kezelés megszakítása kapcsán bekövetkező gyógyulási eredmény alakulásáért a „**MyDentist Budapest**”-et és a kezelő orvosokat a felelősség alól felmentem.

A javasolt gyógymódot megértettem, kellő idő állt rendelkezésemre hogy reálisan várható eredményről, a lehetséges szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ megkaptam.

Kellő tájékoztatás, információ és elegendő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy a gyógykezelés sikeressége érdekében szükséges, hogy orvosom és munkatársai folyamatosan végigkísérjék a beavatkozás utáni időszakban (napok, hetek, hónapok) állapotom alakulását, és készek engem állapotomról, az aktuális teendőkről, annak változásairól megfelelően és folyamatosan tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy a szakszerű kezelés az orvosi utasítások pontos betartása, a rendszeresen elvégzett kontrollvizsgálatok esetén is előfordulhatnak az alábbi, előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt, gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják:

.....
Ezen előre nem látható szövődmények miatt, a gyógyulási eredmény nem garantálható.

A kezelésbe, műtétbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést, műtétet elvégezzék.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozást követően a megfelelő eredmény elérése érdekében állapotom folyamatos orvosi ellenőrzése, további kiegészítő kezelése szükséges a következő időpontokban nap múlva, hét múlva, hónap múlva. Az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során a szolgáltató közvetített szolgáltatást igénybe vehet.

Kelt: Budapest,

.....
Kezelőorvos neve

.....
Páciens / törvényes képviselő aláírása

Lakcíme:.....