



MyDentist *BUDAPEST*

Tájékoztató és bejegyző nyilatkozat Foggyökér csonkolás műtéthez

Név: Szül.hely, -idő:
Lakhely:
TAJ:..... Anyja neve:.....
Mobil: E-mail:
Egészségpénztár neve és tagi azonosítószáma:

Mi a teendő foggyökér csonkolás (resectio) esetén?

Ha a fog gyökere körül olyan, általában gyulladással elváltozás keletkezett, melynek eltávolítása műtéti beavatkozást igényel, célszerű ezt mielőbb elvégezni, hogy a fogat ne kelljen eltávolítani. Ez az elváltozás beavatkozás nélkül nem szűnik meg

* Műtét előtt kérjük, hogy kezelőorvosának mutasson be minden dokumentumot, amely egészségi állapotára, fogászati kezelésére vonatkozik. Tájékoztassa fogorvosát, hogy szed-e rendszeresen gyógyszert, tud-e gyógyszerérzékenységről, vérzékenységről, esetleg alkohol és kábítószer fogyasztását saját érdekében ne hallgassa el.

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

* Készüljön fel arra, hogy a műtét utáni órákban fájdalmak lehetnek, néhány napig étkezési nehézségek léphetnek fel és kereső foglalkozását átmenetileg nem tudja folytatni.

* A műtét után ne érintse a sebet vagy a kialakuló véralvadékot.

* 2 órán belül ne öblögessen, ne egyen, az első két órában tartózkodjék a forró italok és ételek fogyasztásától és a dohányzástól.

* Az első héten kevés rágást igénylő, könnyen lenyelhető ételek fogyasztását ajánljuk.

* Az első 1-2 órában a vér a nyálát megfestheti, ez nem utóvérzés, aggodalomra semmi ok.

* Esetleges vérzés esetén a sebbe vattát vagy mást helyezni tilos. Forduljon orvoshoz!

* A műtét utáni napokban a sebet szürkés-sárgás alvadék fedheti, amit nem szabad eltávolítani.

* Fogait a szokásos módon tartsa tisztán, ha arca megdagad, kívülről jegelje.

* A varratok eltávolítására általában a műtét utáni 5-7. napon kerül sor.

Bármilyen rendellenességet tapasztal, forduljon orvoshoz! Az orvos által előírt gyógyszereket pontosan szedje! Az előírt ellenőrző vizsgálatokon a megbeszélte időpontban rendszeresen jelenjen meg!



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 gyógymódról (magyarul, latinul)
- Az érzéstelenítés módjáról
- A beavatkozás kockázatairól
- Helyette alkalmazható más gyógymódokról

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 műtéti időpont megbeszélésekor, lekötésekor 50.000Ft előleget kell kifizetni, mely a műtét egyeztetett időpontjában történő elvégzése esetén a végösszegből 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 műtéti időpontot megelőző 48 óránál hamarabb történik a lemondás, az 50.000Ft a következő műtéti 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:.....