



MyDentist *BUDAPEST*

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat fogszabályozó kezeléshez

Kérem a fogszabályozó kezelés elvégzését, mellyel kapcsolatban felvilágosítást kaptam, és tudomásul veszem a következőket (kérjük, hogy a beleegyezését „X”-el jelölje a sorok előtti mezőkben!):

- A fogszabályozó orvos tájékoztatását megértettem és elfogadom.
- A mai napon a kezelési tervet megismertem, megértettem és elfogadtam.
- Tudomásul veszem, hogy a sikeres kezelés egyik alap feltétele az együttműködés. Ez jelenti a kezelési időpontok megtartását, az alapos szájapolást, a fogszabályozó kezelés alatti rendszeres fog- és fogágy ellenőrzéseken való részvételt, továbbá a kiegészítő kivehető eszközök előírás szerű viselését. A megfelelő együttműködés hiánya vezet elsősorban a nem kívánt jelenségekhez, -mellékhatásokhoz, -szövődményekhez.
- Tudomásom van arról, hogy a fogszabályozási kezelés bizonyos kockázattal járhat:
 1. A fogaim fogszabályozó készülékkel történt mozgatása esetleg a fogaim elvesztésével is járhat
 2. A fogszabályozó kezelés során a parodontium (fogágy) állapota romolhat
 3. Mellékhatások léphetnek fel: mechanikai irritáció és fogérzékenység, fogszuvasodás és ínygyulladás illetve fogágy-gyulladás nem megfelelő szájhigiéniára esetén, ínyvisszahúzódás, gyökércsúcs-felszívódás, fogelhalás, állkapocs-izületi problémák, nem mozduló fog, fogágy-gyulladás.

Mindezek mellett kérem a kezelést.

- Megértettem, hogy a már kialakult állkapocs izületi panaszt a fogszabályozó kezeléssel, megszüntetni nem lehet, a kezelés után is harapásemelő sínt kell hordanom (éjszakánként) az izület tehermentesítésére.
- A kezelést a várható hatásairól és esetleges mellékhatásairól tudomásul vettem.
- A leggondosabb ápolás és szakszerűség mellett is bekövetkezhetnek mellékhatások. Tudomásom van arról, hogy a kítűzött célok nem minden esetben valósíthatók meg maradéktalanul. Az esetleges kezelés alatti módosítások esélyéről is tudomásom van.
- A kezelés során diszkomfort, esetenként enyhe fájdalom léphet fel a fogelmozdításhoz szükséges erő következtében. Mindenki egyéni érzékenységgel tűri a fájdalmat, más a fájdalomküszöb, a kezelőorvosom tanácsa szerint veszek be gyógyszert.
- Akár a gyógyszertől, akár a fogszabályozótól allergiás reakció léphet fel. A kezelőorvosomat tájékoztattam a meglévő allergiáimról.
- Az un. intermaxilláris elasztikus gumihúzás nem előírás szerű viselése esetén a kezelés funkcionálisan nem lesz eredményes.
- A rendelőben röntgenfelvételek készítése szükséges, ezek minimális sugárdózisúak. Beleegyezem, hogy a kezelőorvosom a kezelési tervben leírtak szerint kérje a szükséges röntgenfelvételek elkészítését a kezelés során, részben a mellékhatások időben történő kiszűrésére, másrészt a kezelés során elért eredmények ellenőrzésére.



MyDentist *BUDAPEST*

- A fogszabályozó kezelés során is szükség van a félévenkénti fogászati kontrollra. Amennyiben további kezelésre kerül sor, arról tájékoztatom a kezelőorvosomat, mivel elképzelhető, hogy a konzerváló kezelés alatt a fogszabályozást fel kell függeszteni. Ehhez az orvosaim együttműködése szükséges.
- Ha a szájápolásom illetve a kooperációm a kezelés során nem megfelelő, a kezelőorvosomnak joga van megszakítani a kezelést és a készülékemet eltávolítani, a kezelés befejezése előtt.
- Ha a készülékre az orvos kérésének megfelelően nem vigyázok, kemény-, ragadós ételt (karamellás csoki, mogyoró), rágógumit eszem az lemozdíthatja a zárat (bracketek-et). Amennyiben a saját magatartásom miatt kell a készülék egy részét újraragasztani, az a saját költségeimet terheli.
- Az aktív kezelés után a fogak stabilizálódása érdekében szükség lesz helyfenntartó készülék használatára, amely mellett még rendszeresen fel kell keresnem fogszabályozó orvosomat. Ezek elmulasztása esetén a kezelés eredménytelen lehet, vagy az elért állapot visszaalakulhat.
- Beleegyezésem adom, hogy a kezelésem dokumentációját, személyiségi jogaim megtartása mellett, tudományos publikációk, oktatás és előadások anyagaként felhasználhassák.
- A kezelőorvosom felelősségét kizárom, ha fent leírtakat, valamint a megbeszélteket nem tartom be, ha a kezelés során nem működöm együtt az orvosommal.

A beavatkozással kapcsolatosan részletes tájékoztatást kaptam, mely alapján megértettem a teendőimet, a várható eredményt, az esetlegesen előforduló kellemetlen hatásokat, melyekről kezelőorvosomat haladéktalanul tájékoztatom.

A kezelésekkal kapcsolatos összes kérdésemre kielégítő választ kaptam, azt megértettem.

Fentiek tudatában a kezelésekké beleegyezem és kérem annak elvégzését. Az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során a szolgáltató közvetített szolgáltatást igénybe vehet.

.....
Beteg-, vagy törvényes képviselő aláírása
(18 év alatt - törvényes képviselő, szülő)

.....
Kezelőorvos neve, -aláírása

Kelt:.....