



MyDentist *BUDAPEST*

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat fogak gyökérkezeléséhez

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

- A fogorvos 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 szájápolást, a gyökérkezelés alatti rendszeres fogászati ellenőrzéseken és kezeléseken való részvételt. A megfelelő együttműködés hiánya vezet elsősorban nem kívánt jelenségekhez, mellékhatásokhoz, szövődményekhez.
- Tudomásom van arról, hogy a gyökérkezelés bizonyos kockázattal járhat:

1. A fogam gyökérkezelése nem minden esetben ígér biztos eredményt, elsősorban a többgyökerű fogak esetében jelentkezhetnek anatómiai okok miatt kezelési nehézségek (szűk vagy görbe gyökércsatorna,) pl:gyökérkezelő eszköz betörése,duzzanat,fogtörés a gyökércsúcs körüli gyulladás, nedvező gyökércsatorna, illetve régi gyökértömések eltávolítása esetében.
2. A gyökérkezelés kapcsán a csatornában levő baktériumok elpusztítására, a csatorna kitisztítására, fertőtlenítésére esetenként több napig, több hétig, esetleg több hónapig tartó mechanikus, vegyi, lézeres, gyógyszeres kezelésekre is szükség lehet. Csak ezt követően kerülhet sor a gyökércsatorna megtömésére és a csatorna lezárására. Ezt fedőtömés követi.
3. Mellékhatások léphetnek fel: fogérzékenység, ínygyulladás, fogágy-gyulladás, nem megfelelő szájhigiénia esetén ínyvisszahúzóadás.

Mindezek mellett kérem a kezelést, mivel a gyökérkezelés elutasítása esetén vagy azzal kell számolnom, hogy gyulladással maradjak a szervezetemben (mely a véráram útján összefüggésben állhat a szervezet más területein lévő problémákkal, úgy mint endocarditis, reumatológiai gyulladással, hajhullás, koraszülés stb.), vagy pedig a fogat el kell távolítani.

- A kezelés várható hatásairól és esetleges mellékhatásairól a tájékoztatást tudomásul vettem.
- A legmondosabb ápolás és szakszerűség mellett is bekövetkezhet, hogy a fogat gyökérkezeléssel megmenteni nem lehet. Ennek oka lehet gyökérrepedés, fel nem tárható gyökércsatorna, magas fertőző képességű baktériumok jelenléte stb.
- Tudomásom van arról, hogy a kitűzött célok nem minden esetben valósíthatók meg maradéktalanul. Az esetleges kezelés alatti módosítások lehetőségéről és esélyéről is tudomásom van (esetleg antibiotikumok szedése).
- Elfogadom a kezelőorvosom által javasolt gyökérkezelési módszereket és eljárásokat, tudatában léve annak, hogy egy foggyökércsúcs körüli gyulladás gyógyítása sok esetben elhúzódó, akár heteket (ritkább esetekben hónapokat) is igénybe vehet, és nem minden esetben valósul meg konzervatív (a fogon át) történő kezeléssel.



MyDentist *BUDAPEST*

- Tudomásul veszem, hogy bizonyos gyulladásoknál előfordulhat, hogy szájsebészeti beavatkozásra (gyökércsúcs-rezekció, vagy extrakció - ha végképp nem menthető a fog) is szükség lehet.
- Tudomásul veszem, hogy a gyökérkezelt, ezáltal keringés nélküli- és kiszáradt fogak végleges restaurációja során - ha nem áll rendelkezésünkre elegendő mennyiségű ép, saját foganyag - nem elég egyszerű tömással helyreállítani a fogkoronát, hanem gyökércsapos felépítéssel és porcelán vagy cirkónium esztétikus koronával kell ellátni a hosszú távú teherbírás céljából.
- Ha a fog mellett a fogágy is gyulladásban van, annak megfelelő kezelése szintén szükséges. A kezelés során diszkomfort, esetenként enyhe fájdalom léphet fel. Mindenki egyéni érzékenységgel tűri a fájdalmat, más a fájdalomküszöb, a kezelőorvosom tanácsa szerint veszek be gyógyszert.
- 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.
- A gyökérkezelés kapcsán szükség van a rendszeres fogászati kontrollra. Amennyiben további kezelésre kerül sor, arról tájékoztatom a kezelőorvosomat, mivel elképzelhető, hogy a gyökérkezelés alatt a többi kezelést esetleg fel kell függeszteni. Ehhez az orvosaim együttműködése szükséges.
- 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 kezelésekkel kapcsolatos összes kérdésemre kielégítő választ kaptam, azt megértettem.

Fentiek tudatában a kezelésekre beleegyezem és kérem annak elvégzését. Tudomásul veszem, hogy a fogászati szolgáltatás közvetített szolgáltatást, alvállalkozói teljesítést tartalmaz.

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

.....
Kezelőorvos neve, -aláírása

Kelt:.....