



MyDentist *BUDAPEST*

Tájékoztató és bejegyző nyilatkozat Lézeres ínytasak műtéthez

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

Mi a teendő Lézeres ínytasak műtét esetén?

A hagyományos szájhygiéniái kezelés (fogkö eltávolítás, inykezelés) rendszeressége fontos, évente 2-4 alkalommal elvégezve biztosítja a fogak meglazulásának és elvesztésének megelőzését. Ma már a kialakult fogínytasakok is hatásosan kezelhetők speciális 0,2-0,3 mm vékony üvegszálon keresztül vezetett lézersugárral. A 30 év felettiak döntő része már ínytasakokkal rendelkezik. Ezen esetekben a lézeres ínytasak kezelés, a tasakok lézersebészeti megkisebbitése, megszüntetése történik, melyet általában hetente ismételve 3 alkalommal végeznek.

* 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 „spray-befúvásos” helyi érzéstelenítésben végzik. A szájban végzett beavatkozást az operáló orvossal való szoros együttműködés teheti könnyebbé.

* Műtét alatt a fogak körüli íny alatti területekre vezetett lézersugár csipkedő hatását érezni, erős fájdalom nem jelentkezik.

* Készüljön fel arra, hogy a műtéti utáni órákban esetleg kisebb fájdalmak lehetnek, néhány napig étkezési nehézségek léphetnek fel.

* 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.

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

Bármilyen rendellenességet tapasztal, forduljon orvoshoz! Az orvos által előírt gyógyszereket pontosan szedje! Az előírt ellenőrző vizsgálatokon a megbeszélte időpontban rendszeresen jelenjen meg! A „Soft laser” kezelés javítja a seb gyógyulását, csökkenti a duzzanatot, fájdalmat, segíti az íny újbóli letapadását a tasak kisebbedését.

MyDentist Budapest

1024 Budapest, Lövőház u. 2-6.(Mammut II. V.em.)
Recepció: +36 (1) 789 8787, +36 (70) 615 0021
www.mydentistbudapest.hu



MyDentist *BUDAPEST*

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

Tudomásul veszem, hogy a gyógykezelések, az orvosi beavatkozások, kezelések, műtétek eredményességéhez, sikerességéhez szükséges a beteg kellő tájékozottsága, a kezelés megértése, folyamatos együttműködése, az orvosi utasítások betartása, a beavatkozások előtt, közben és után, valamint a rendszeres kontrollvizsgálatokon való megjelenés.

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 sor előtti mezőben):

- 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.

MyDentist Budapest
1024 Budapest, Lövéház u. 2-6.(Mammut II. V.em.)
Recepció: +36 (1) 789 8787, +36 (70) 615 0021
www.mydentistbudapest.hu



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:.....