



MyDentist *BUDAPEST*

Tájékoztató és bejegyző nyilatkozat Lézerműtéthez

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

Mi a teendő Lézerműtét esetén?

Az Ön gyógyulása érdekében kezelőorvosa lézer(laser)műtétet fog végezni. Ez a műtét jelenleg még nem túlságosan ismert, ezért kérjük, olvassa el ezt a tájékoztatót.

Mi a lézer(laser)?

A lézer(laser) nagy energiájú, speciális tulajdonságokkal rendelkező sugarával képes bizonyos kóros elváltozások gyógyítására. A sebészi laserek segítségével a kóros szöveteket sok szempontból előnyösebben lehet eltávolítani, mint sebészi késsel.

Általában műtét közben kevesebb vérzéssel, műtét után kevesebb fájdalommal, duzzanattal és kevesebb heg keletkezésével kell számolni.

* Kérjük, hogy különösebb izgalom nélkül készüljön a műtétre. Önnek egy nemzetközileg ismert és elismert műtéti eljárást lesz alkalmja megismerni.

* Ne feledkezzék meg a rendszeresen szedett gyógyszereinek beviteléről. A másnapi műtét egy természetes feszült érzést okozhat, ennek oldására és éjszakai nyugalmanak biztosítására, lefekvéskor egy gyenge altató tablettát is be szabad venni. Mint minden műtét előtt, most is tájékoztassa orvosát korábbi műtéteiről, rendszeresen szedett gyógyszereiről, gyógyszerérzékenységéről, esetleges alkohol- és kábítószer fogyasztásáról.

* A lézerműtétet rendszerint injekciós, helyi érzéstelenítésben végzik. A lézerkezelés közben füst keletkezhet, ami a beavatkozás természetes velejárója.

* **Műtét közben védőszemüveget fog viselni, füst szagot érezhet.**

* A lézerműtét után a sebet általában nem varrják össze, sokszor még kötést sem igényel.

* A seb környékét gondosan tartsa tisztán!

* A műtét után tartózkodjék a nehezebb fizikai munkától!

* A komolyabb erőfeszítést igénylő sportokat is mellőzze.

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*

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:.....