



MyDentist *BUDAPEST*

Tájékoztató és bejegyző nyilatkozat Sebészi fogeltávolítás műtéthez

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

Mi a teendő sebészi fogeltávolítás esetén?

A rossz állapotban lévő, letöredezett koronájú, korábbi foghúzáskor eltört vagy elő sem bújt fog eltávolítása szájszészeti műtéttel végezhető el.

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

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

* Készüljön fel arra, hogy a műtéti fogeltávolítás utáni órákban fájdalmi 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 nyálat 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 megbeszélt időpontban rendszeresen jelenjen meg!



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 sorok 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.
- Műtét esetén a műtéti időpont megbeszélésekor, lekötésekor 50.000Ft előleget kell kifizetni, mely a műtét egyeztetett időpontjában történő elvégzése esetén a végösszezből 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:.....