

# Beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat - Implantátum behelyezéséhez, fogpótlás készítés céljából

## Páciens adatok:

Páciens név: | Kartonszám: | Születési dátum:

Fent nevezett páciens tudomásul veszem, hogy az implantátum beültetés során bizonyos nem várt, nem tervezett következmények léphetnek fel, melyek fogorvosom és az őt segítő munkatársak legjobb szakmai tudása és szándéka ellenére is -az esetek csekély százalékában- bekövetkezhetnek. Tudomásul veszem, hogy az orvostudomány és a sebészet nem egzakt tudomány, az implantáció eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

## Műtéti indikáció:

Foghiány. Tervezett fogpótlás elhorgonyzása céljából implantátum beültetését javasoltuk.

## A kezelés rövid ismertetése:

Tudomásul veszem, hogy a fogászati implantátumokkal idegen anyag kerül behelyezésre az állcsontokba. Az implantátum beültetését követően a csont szerkezetétől függően 3-6 hónap elteltével készíthető el az implantátumra a végleges pótlás. Amennyiben a beavatkozás során csontpótlás is szükségessé válik, akkor a fenti gyógyulási idő 2-6 hónappal meghosszabbodhat.

A beavatkozást helyi érzéstelenítésben végezzük. A **helyi érzéstelenítéssel** járó szövődmények előfordulása nem gyakori, azonban előfordulhat:

arcidegbénulás, vérömleny, szájjár, injekciós tályog, vértelen folt az arcon, kettős látás, azonos oldali látásvesztés, idegsérülés.

Helyi érzéstelenítésben (ritkán altatásban) ínylebenyt képzünk, majd leválasztjuk a fogínyt a csonttól. Előfúrásokat követően a titánium műgyökereket a csontba helyezzük, majd a lebenyt visszahajtjuk, varratokkal látjuk el.

A műtétet követően arcduzzanat, szájnnyitási- nyelési korlátozottság, fájdalom, hőemelkedés jelentkezhet, ezek a panaszok 3-4 nap alatt fokozatosan megszűnnek.

Amennyiben az implantátum behelyezését követően varratok behelyezésére kerül sor, úgy azok eltávolítása 7-10 nap múlva esedékes.

Tudomásul veszem, hogy az implantációt követően a sebgyógyulás időszakában (8-16 nap) két naponta kontroll vizsgálat, a teljes körű garancia biztosításához évi két alkalommal professzionális szájhygiéniai kezelés és évenkénti röntgen kontroll szükséges.

### **Lehetséges szövődmények**

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás következtében lehetséges a meglévő fogak sérülése: különösen a fogmedercsont sérülése, törése, felszívódása; állcsont törése, repedése; szomszédos fogak, fogcsírák sérülése, törése, elhalása, felszívódása; fogelhalás az implantáció, csontvétel és csontpótló beavatkozás helyén, környezetében; az implantátum törése; implantálás során alkalmazott anyagok kötőszöveti résekbe való bekerülése, majd ebből eredő gyulladás; implantátum körüli nyálkahártya gyulladása; csontvesztéssel, felszívódással járó gyulladás; tasakképződés a fogágyban; a csontpótló anyag, membrán, átültetett csont gyulladása, kilökődése, felszívódása; az implantáció, csontvétel, csontpótlás területének befertőződése, gyulladása, ciszta kialakulása.

Tudomásul veszem továbbá, hogy az implantáció következtében lehetséges a környező lágyrészek sérülése, a nyálkahártyán gyulladással, fertőző jelenségek kialakulása (pl. aphtha, herpesz); varratok szétnyílása, lebeny gyulladása, elhalása.

Tudomásom van arról továbbá, hogy bekövetkezhet az anatómiai képletek sérülése, gyulladása, károsodása arcüreg megnyílása, gyulladása, befertőződése, implantátum arcüregbe jutása; orrüreg megnyílása, vérzése; idegek sérülése, ennek következtében fellépő átmeneti, tartós vagy végleges érzészavar, érzéskiesés, zsibbadás, fájdalom; izmok funkciózavara, bénulása; erek sérülése.

Tudomásul veszem, hogy előfordulhatnak a műtét során használt anyagokkal, gyógyszerekkel szemben fellépő allergiás reakciók.

Tudomásul veszem, hogy a műtét eredményeként jelentkezhet sebfájdalom, arcduzzanat, ödéma, arclilulás, kékülés, utóvérzés, szájjár, étkezési nehezítettség, az alsó ajkak és a nyelv átmeneti zsibbadása; orrvérzés, szelelés, gyulladás, esetenként arcidegzsába jellegű tünetek, mely elváltozások pontos időtartalma nem mondható meg előre.

**Annak érdekében, hogy a szövődmények előfordulásának kockázatát minimálisra csökkentsük, kérjük, hogy válaszolja meg az alábbi kérdéseket!**

1. Tudomása szerint rendelkezik-e Ön valamely gyógyszer, kémiai anyaggal szembeni túlérzékenységgel? Amennyiben igen, kérjük nevezze meg!

igen: \_\_\_\_\_

nem

1. Korábbi fogorvosi kezelések alkalmával jelentkeztek-e panaszai helyi érzéstelenítés alkalmazása, illetve a kezelések kapcsán?

igen

nem

1. Fogeltávolítás vagy sérülés kapcsán észlelt-e fokozott vérzést?

igen

nem

1. Szed-e rendszeresen gyógyszereket? Amennyiben igen, kérjük nevezze meg!

igen: \_\_\_\_\_

nem

## **A műtét után**

A műtét során alkalmazott érzéstelenítő vagy egyéb orvosság a járművezetést, veszélyes eszközök- és gépek használatát kedvezőtlenül befolyásolhatják, így azt csak saját felelősségemre vállalom.

### **Kérjük, hogy a műtét napján és az azt követő napokban:**

- ne dohányozzon, ne fogyasszon kávé vagy alkoholt
- tartózkodjon a testi megerőltetéstől, a sok beszédetől
- a műtégi terület fölél eső lágyrészeket hideg vizes borogatással, jegeléssel hűtse
- puha, tejmentes, pépes ételeket fogyasszon
- fogait az érintett helyen is óvatosan tisztítsa, de ne öblögessen
- A sebet ne szívogassa, ne használjon szívószálat, általában véve kerülje a vákuum-hatás kialakulását.

A műtét kapcsán alkalmazott érzéstelenítőszer, a beavatkozás okozta stresszhatás korlátozhatja az Ön gépjárművezetői képességeit. Kérjük tehát, hogy amennyiben ez megoldható, az injekció adását követően, 2-3 óra hosszan ne vezessen személygépkocsit, kerékpárt.

Kérjük, hogy az esetleges utóvérzésről, erőteljes duzzanat kialakulásáról, magas lázról, erős fájdalomról vagy más, az Ön általános állapotát érintő – a műtétet követően kialakult – panaszáról értesítse kezelőorvosát.

Tudomásul veszem, hogy a csontgyógyulás egyes személyenként eltérő és előfordulhat, hogy az implantátumok bizonyos esetekben nem csontosodnak be, így el kell őket távolítani. Bekövetkezhet az implantátum meglazulása, törése; a ragasztás lazulása; a fogpótlás törése, leplezés lepattanása. Az implantátumokra készített fogpótlásokkal kapcsolatos szövődmények hasonlóak a nem implantátumokra készített fogpótlások szövődményeihez.

### **A kezelés alternatív terápiai lehetőségei, ezek kockázata:**

Elismerem, hogy a kezelőorvos a fogászati implantátum beültetés melletti más fogpótlási lehetőségekről - úgymint fix, részleges kivehető, teljes kivehető pótlás - tájékoztatott, azok előnyeiről, hátrányairól személyemre vonatkozóan felvilágosított és mindezeket figyelembe véve döntöttem az implantálás módszere mellett.

Rögzített fogpótlás híddal: előnye az implantátumhoz képest, hogy lényegesen rövidebb idő alatt elkészül, esztétikailag kielégítő, költségeiben is kedvezőbb megoldás az implantátumon fogpótlásnál egy vagy több hiányzó fog esetén, ám teljes foghiány pótlására nem alkalmazható. Hátránya, hogy szükséges hozzá a foghiánnyal

szomszédos fogak lecsiszolása, mely visszafordíthatatlan és jelentősen rövidítheti élettartamukat.

Kombinált fogpótlás: főként hátsó hiányzó fogak pótlása esetén alkalmazható eljárás. Előnye, hogy lényegesen gyorsabban elkészül, mint az implantátumos fogpótlás. Amennyiben teljes állcsontot érintő rehabilitáció történik, úgy a költségvonzata is alacsonyabb. Hátránya, hogy a front területen lévő egy vagy több fog lecsiszolása szükséges hozzá, mely a fogak várható élettartamát rövidíti. Emellett a fogpótlás a rágózónában kivehető, ez idegentest-érzettel, a nyálkahártya átmeneti vagy tartós irritációjával járhat.

Kivehető fogpótlás: alkalmazható teljes- vagy részleges foghiány esetén is. Az implantátumhoz képest lényegesen alacsonyabb költségekkel jár és gyorsabban elkészül. Hátránya, hogy funkcionálisan és esztétikailag kompromisszumokkal jár a viselése, a páciens nem táplálkozhat ugyanolyan módon, mint rögzített fogpótlással. A kivehető fogsorok hosszabb hozzászokási időt igényelnek, idegentest-érzéssel, a nyálkahártya átmeneti vagy tartós irritációjával járhat együtt a használatuk.

#### **A kezelés elmulasztásának lehetséges következményei:**

Tudomásul veszem, hogy a tervezett beavatkozás elmaradása esetén bekövetkezhet csontvesztés; a meglévő fogak körüli előrehaladó tasakképződés, fogágy pusztulás; a meglévő fogak érzékenyvé válása, meglazulása és ennek következtében szükségessé válhat újabb fogeltávolítás is.

A fogpótlás elmaradása miatt lehetségesek állkapocs-ízületi problémák és ezekkel összefüggésben fejfájás kialakulása, illetve a hiányos fogazattal való rágás miatt kialakulhat a nyaki és hátizomba sugárzó fájdalom és izomfáradtság, valamint emésztési problémák.

#### **Garancia:**

Az implantátumokra vállalt garancia hossza: \_\_\_\_\_ (rendelő tölti ki!).

Tudomásul veszem, hogy az előírt kontroll vizsgálatok, illetve azon kötelezettségem, hogy bármely rendellenessé észlelése esetén haladéktalanul jelentkezem a beavatkozást végző szakorvosnál elmulasztása miatt minden hátrányos következményért kizárólag én tartozom felelősséggel.

#### **A garancia érvényét veszti, amennyiben:**

- A kezelőorvos által javasolt kontrollvizsgálatokon a páciens nem jelenik meg
- Elhanyagolt szájhigiénia esetén
- A páciens fogorvosa utasításait, javaslatait nem tartja be
- A kezelés sikertelensége a fogásztól független, egyéb egészségügyi tényezők miatt következik be.
- A fogpótlás szándékos rongálás, nem rendeltetésszerű használat, vagy baleset következtében sérül vagy esik ki
- A páciens alkohol- vagy kábítószerfüggő, és a kezelés sikertelensége ezzel összefüggésbe hozható
- A páciens a fogait rendszeresen csikorgatja, és a fogorvos által ajánlott kiegészítő kezeléseket nem veszi igénybe.
- A páciens bármilyen kezelést, beavatkozást végeztet el egy másik fogászon a kérdéses fagon
- Az előzetesen megbeszélt fogászati kontrollidőpontjain a páciens nem jelenik meg
- A páciens fizetési kötelezettségeinek nem tett eleget.
- Az implantátum beültetés nem az orvosilag javasolt kezelés, ám a páciens saját felelősségére ezt választja.

A garancia a kisesett / be nem csontosodott implantátum cseréjét fedezi, pénzvisszafizetésre azonban nem jogosít fel. Amennyiben az újonnan megkísérelt implantátum beültetéshez a kezelőorvos kiegészítő beavatkozást (pl. csontpótlás) javasol, azt a garancia nem fedezi, ennek költsége a pácienset terheli.

# Nyilatkozat

Kijelentem, hogy a kezelőorvos részletesen kioktatott a szájhigiénés tudnivalókról és arról, hogy az implantáció sikeressége jelentős részben attól függ, hogy a szájhigiénére vonatkozó előírásokat betartom-e. A dohányzás, a nagyfokú alkoholfogyasztás és cukorbetegség a műtéti terület, különösen az íny gyógyulását hátrányosan befolyásolhatja és veszélyeztetheti az implantáció sikerét.

Beleegyezem, hogy a műtét során diagnosztikai vagy kutatási céllal eltávolított szövetmintákat szövettani vizsgálatnak vessék alá és azokból tudományos igényű feldolgozásokat végezzenek, illetve a betegséggel kapcsolatos orvosi leleteket és eredményeket orvosom tudományos céllal felhasználhassa.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a műtét vagy beavatkozás menetéről fénykép vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések, műtétek bármelyikének vagy mindegyikének visszautasítására, illetve jelen beleegyező nyilatkozatomnak a beavatkozás/műtét előtti írásban történő visszavonására. Kijelentem, hogy a visszautasítás következtében állapotomban bekövetkező változásokért, szövődményekért, a kezelési eredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli. (A beleegyezés visszavonása külön dokumentumon.)

Tudomásul veszem, hogy az előírt kontroll vizsgálatok, illetve azon kötelezettségem, hogy bármely rendellenessé észlelése esetén haladéktalanul jelentkezem a beavatkozást végző szakorvosnál elmulasztása miatt minden hátrányos következményért kizárólag én tartozom felelősséggel.

Tudomásul veszem, hogy a beleegyező nyilatkozat elválaszthatatlan mellékletét képezi a Kezelési terv, melyben kifejezetten egyéniesített formában kapok részletes tájékoztatást és információkat a rajtam elvégzendő beavatkozás mibenlétéről, menetéről, költségeiről. Tudomásul veszem, hogy a kezelés megkezdését követően nem áll módomban a kezelési tervet és módokat a kezelőorvos jóváhagyása nélkül egyoldalú döntéssel módosítani.

Kijelentem, hogy a kezelőorvos a kezelési terv alapján ismertette velem az implantációs műtéti beavatkozás és fogpótlás felmerülő anyag és munkadíj költségeit, melyet megállapodásunk szerint vállalom megfizetni.

Kijelentem, hogy egészségi állapotomról, kórtörténetemről a legjobb tudásom szerinti, részletes tájékoztatást adtam, különös tekintettel az általam ismert gyógyszerre, ételre, rovarcsípésre, virágporra és porra fellépő, kóros íny –vagy bőrreakcióimra, valamint

egyéb allergiás vagy szokatlan reakcióimra, abnormális vérzésre való hajlamomra, dohányzási, alkohol és drogfogyasztási szokásaimról.

Kijelentem továbbá, hogy az implantáció előtti és az implantáció utáni teendőkről szóló, közreműködésemre vonatkozó írásbeli tájékoztatás 1-1 példányát jelen beleegyező nyilatkozat aláírását megelőzően átvettem és tudomásul veszem, hogy az abban foglaltak betartásáért a felelősség kizárólag engem terhel.

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, hogy milyen kezelést, beavatkozást szeretnék, így elegendő gondolkodási idő után beleegyezem, hogy a felajánlott implantációs műtétet – azok ismert lehetséges veszélyeinek tudatában – rajtam a kezelőorvos elvégezze. Az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.

A kezelés olyan kiterjesztéséhez és változtatásokhoz,- mind a tervezett műtét alatt vagy után,- amelyek az orvosi intézkedések alkalmazása során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak az implantáció sikere szempontjából, már most hozzájárulok. Beleegyezem továbbá a műtét során használt anyagok megváltoztatásába is, amennyiben a beavatkozást végző orvos ennek szükségességét ítéli meg.

Az implantációs műtéttel kapcsolatban felmerült kéréseimről részletes felvilágosító beszélgetés során a kezelőorvosom kielégítően tájékoztatott. Szóban feltett kérdéseimre megfelelő és számomra érthető választ kaptam.



# Nyilatkozat

Kezelőorvosom, Dr. \_\_\_\_\_ az elvégzendő beavatkozás menetéről, az esetleges szövődményekről, a kezelés elmaradásának várható következményeiről számomra részletes felvilágosítást adott.

Az általa javasolt műtétbe:

beleegyezem

nem egyezem bele

Megjegyzés:

---

---

---

Dátum: \_\_\_\_\_

Aláírással igazolom, hogy a fent felsorolt kockázati tényezőkkel tisztában vagyok, arról szóban és/vagy írásban tájékoztatást kaptam, lehetőségem volt kérdéseket feltenni, a kérdéseimre pedig kielégítő választ kaptam. A fogorvosom által javasolt kezelés(ek)be beleegyezem, fogorvosomat és az őt segítő munkatársakat a kezelés elvégzésére felhatalmazom.

Tájékoztatást kaptam a kezelés lehetséges alternatíváiról (amennyiben voltak), ezek következményeiről, beleértve a kezelés elmulasztását is.

A kezelésem költségéről szóban és / vagy írásban tájékoztatást kaptam.

Tájékoztatást kaptam arról, hogy a javasolt kezeléseket lehetőségem van elutasítani, és az azokhoz adott hozzájárulásomat a későbbiekben is visszavonhatom.

Felhívjuk figyelmét, hogy az olyan kezelés/műtét elutasítására, amelynek elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (**Eütv.**) 20. § (1) bekezdése alapján nem jogosult.

Tájékoztatjuk továbbá, hogy az olyan kezelést/műtétet, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban utasíthat vissza (Eütv. 20. § (2) bekezdés). Felhívjuk a figyelmet, hogy cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén az olyan kezelést/műtétet, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, nem utasítható vissza (Eütv. 21. § (1) bekezdés).

Dátum:

**Székesfehérvár, 202.....**

Páciens vagy törvényes képviselőjének aláírása:

\_\_\_\_\_

Páciens neve: ..... **(vagy törvényes képviselője)**