

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT RÖGZÍTETT FOGSZABÁLYOZÓ ELTÁVOLÍTÁSÁHOZ ÉS RETENCIÓ KÉSZÍTÉSÉHEZ

Páciens adatok:

Páciens név: | Kartonszám: | Születési dátum:

Elérkezett a nap, amelyre régóta vártunk! Szívből örülünk, hogy tanúi lehetünk a pillanatnak, amikor Ön ma először pillantja meg a fogszabályozó kezelésének eredményét, melyért Ön is keményen dolgozott!

Az alábbi beleegyző nyilatkozat célja, hogy Önt a tervezett kezelésével kapcsolatos szükséges információkkal ellássa, valamint, hogy Ön írásos beleegyzését adhassa a kezelés megkezdéséhez. Kérjük, hogy a nyilatkozatot figyelmesen olvassa el, esetleges kérdéseit pedig tegye fel fogorvosának, mielőtt a kezelés megkezdődik.

A nyilatkozat aláírásával Ön kijelenti, hogy fogorvosi kezeléséhez a nyilatkozatban foglaltak ismeretében, felelősségének teljes tudatában önként hozzájárul, ahhoz beleegyzését adja.

A kezelés:

Rögzített, ún. multiband fogszabályozó készülék eltávolítása, retenció készítése.

Rögzített retainer: ALSÓ FELSŐ (a megfelelőt jelölni kell!)

Kivehető retainer: ALSÓ FELSŐ (a megfelelőt jelölni kell!)

A készülék(ek)et viselni szükséges az alábbiak szerint (fogorvos tölti ki):

Együttműködés:

A sikeres fogszabályozási kezelés kulcsa a páciens és a fogorvos jó kooperációja. A rögzített készülékkel történő fogszabályozás utáni időszakban kulcsfontosságú az Ön fegyelmezett együttműködése, a kezelés eredményének megtartása érdekében. A kezelés ideje alatt rendkívül fontos, hogy Ön betartsa fogorvosa utasításait, előjegyzett kontrollidőpontjain megjelenjen, valamint, hogy kiemelt figyelmet fordítson szájhygiéijára. Ezek hiányában előfordulhat, hogy a rögzített készülékes kezelésének eredménye veszélybe kerül.

A kezelés lehetséges kockázata:

A fogak visszamozdulása: a rögzített készülék eltávolítása után teljesen természetes jelenség, hogy a fogak elkezdnek visszarendeződni eredeti pozíciójukba. Ezt a folyamatot akadályozzák meg a retainerek, melyek viselésével biztosítható az eredmény tartóssága. **Ha a kivehető retainerjét elveszíti, vagy az használhatatlan lesz, vagy ha a rögzített retainerje meglazul/leesik, haladéktalanul keresse fel rendelőnket**, hiszen a fogak visszamozdulása szinte azonnal elkezdődik.

Fogszuvasodás és szájhygiéiás problémák: a rögzített retainerek viselése fokozott odafigyelést igényel az otthoni fogápolásban. A megfelelő szájhygiéiás rutint megtanítjuk, az eszközökkel megismertetjük. Az utasítások be nem tartása esetén azonban fokozódhat a fogkő felhalmozódása, ennek következtében az íny gyulladása, visszahúzódása. A nem megfelelő szájhygiéiás rutin mellett fogai szuvasodása is lehetséges.

Allergia: igen ritkán előfordulhat, hogy a retainer anyagára, vagy a kezelés során alkalmazott valamely anyagra Önnek allergiás reakciója alakul ki. Kérjük, minden ismert allergiájáról előzetesen tájékoztassa kezelőorvosát!

Egyéb: mivel minden páciens és minden kezelés egyedi, az Ön esetében olyan, előre nem látható kockázatok is felmerülhetnek, melyre ebben a dokumentumban nem térünk ki.

Garanciák:

A retainerekre – azok rendeltetésszerű használata mellett – az átadásuktól számított _____-ig (rendelő tölti ki!) cseregaranciát vállalunk. A készülék nem rendeltetésszerű használatából adódó károk megtérítéséért az anyagi felelősség a páciensre terheli.

A kezelés eredményének megtartása a retainerek rendeltetésszerű használatától függ. Ezért csak és kizárólag Ön tud tenni, ennek következtében erre vonatkozóan garanciák nem adhatók. Kérjük szíves megértését ezzel kapcsolatban.

A kezelés felfüggesztése:

Kérjük, vegye figyelembe, hogy az alábbi körülmények fennállása esetén a kezelés megszakítása, felfüggesztése válhat szükségessé.

- Előre nem látható (fogászati, vagy általános) egészségügyi problémák kialakulása
- A kooperáció megtagadása, az orvosi utasítások be nem tartása
- Az előjegyzett időpontokon való rendszeres meg nem jelenés
- A szájhigiénia utasítások be nem tartása
- A rendelő személyzetével szemben tanúsított agresszív bánásmód
- A fizetési kötelezettségek teljesítésének elmulasztása
- Egyéb, a páciens, a fogorvost, vagy a rendelőt bármilyen módon veszélyeztető körülmény kialakulása.

Hozzájárulás a kezeléshez:

1. A fenti nyilatkozatot elolvastam, lehetőséget kaptam kérdéseket feltenni, és azokra kielégítő választ kaptam.
2. A fogorvosom által ismertetett kezelési tervet meghallgattam, megértettem, és elfogadom. Amennyiben volt ilyen, alternatív kezelési lehetőségekről, és a kezelés elutasításának következményeiről is tájékoztatást kaptam.
3. A kezeléssel járó kockázatokat, kellemetlenségeket, valamint a garanciákat megismertem, megértettem, és elfogadom.
4. A kezelés költségeit, a fizetés ütemezésére vonatkozó lehetőségeimet megértettem és elfogadom.
5. Tudomásul veszem a garancia feltételben leírtakat. Egyetértek abban, hogy adataimat a törvényes keretek között tárolják és használják. Beleegyezem, hogy a kezelés során fotó dokumentáció készüljön.
6. A fentiek ismeretében a kezeléshez beleegyezésemet adom.

Nyilatkozat

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

Az általa javasolt kezelésbe:

beleegyezem

nem egyezem bele

Megjegyzés:

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 név:..... (vagy törvényes képviselője)