

# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KIVEHETŐ SÍNES KÉSZÜLÉKKEL TÖRTÉNŐ FOGSZABÁLYOZÓ KEZELÉSHEZ

## Páciens adatok:

Páciens név: | Kartonszám: | Születési dátum:

Az alábbi beleegyező nyilatkozat célja, hogy Önt a tervezett kezelésével kapcsolatos szükséges információkkal ellássa, valamint, hogy Ön írásos beleegyezését 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 beleegyezését adja.

## A kezelés rövid ismertetése:

Fogszabályozási kezelés kivehető sínes, fogszabályozó készülékkel az

- ALSÓ
- FELSŐ
- MINDKÉT fogíven.

(a megfelelőt kérjük aláhúzni!)

A fogmozgatást vékony, átlátszó sínek sorozata végzi el, melyet lenyomatvétel vagy szkennelés alapján készít el a megbízott fogtechnikai laboratórium.

## Együttműködés:

A sikeres fogszabályozási kezelés kulcsa a páciens és a fogorvos jó kooperációja. A fogszabályozás sikeréhez elengedhetetlen a készülék majdnem egész napos viselése. A síneknek **Napi 20-22 órát** szájban kell lenniük ahhoz, hogy hatásukat kifejthessék! Kérjük, akkor is mindig viselje a készüléket, amikor rendelönkbe jön.

## A kezelés lehetséges kockázata:

*Fogérzékenység, feszülő érzés, fájdalom:* A fogmozgatás folyamata során a fogak gyökere körül a csont átépül, majd az új pozícióban stabilizálódik. Ez a folyamat enyhe fogérzékenységgel jár, amely elsősorban kemény ételek rágásakor jelentkezhet. A **fogérzékenység** az első pár napban a legerősebb, de természetes és semmilyen károsodással nem jár.

### **Garanciák:**

A kezelés eredményére vonatkozóan garanciák nem adhatók. A kezelés megkezdése előtt fogorvosa tájékoztatja önt az elérhető eredményről, ám azt a kezelés relatív hosszú ideje során esetlegesen bekövetkező váratlan események befolyásolhatják, alakíthatják. A szépség, a harmonikus megjelenésű fogazat megítélése erősen szubjektív, egyénenként eltérő. Kérjük szíves megértését ezzel kapcsolatban.

### **A tervezett beavatkozás elmaradásának várható következményei:**

- Harapási rendellenességek és állkapocs-ízületi problémák kialakulása, vagy súlyosbodása.
- Nehezen tisztítható fogak esetén az átlagosnál nagyobb kitétség a fogszuvasodásnak, íngyulladásnak, fogágybetegségnek.
- A fogak rendezetlen állásának fokozódása, további esztétikai problémák kialakulása.

### **A fogszabályozás alternatív terápiás lehetőségei:**

*Héjak:* amennyiben a fogszabályozás indikációja főleg esztétikai, bizonyos esetekben lehetséges a fogak lecsiszolása után porcelán héjak és koronák készítése. Ezek segítségével a fogak formája, mérete és kis mértékben a tengelyállása is korrigálható. Előnye, hogy a fogszabályozáshoz képest kifejezetten gyors eredményt hoz, ám magasabb költségekkel járhat, valamint héjak segítségével nem lehetséges harapási rendellenességeket korrigálni. A héjak készítéséhez elengedhetetlen a fogak anyagából egy minimális mennyiség eltávolítása, mely visszafordíthatatlan folyamat. Megfelelő utógondozással a fogszabályozás eredménye akár élethosszig is megmaradhat, a héjakat azonban bizonyos időközönként újra kell készíttetni.

*Koronák, hidak, vagy egyéb, gnathológiai jellegű beavatkozás:* amennyiben a fogszabályozást elsősorban állkapocs-ízületi problémák indikálják, felmerülhet a harapási viszonyok más módon való rendezése. Ezek a kezelések jellemzően igen

költségesek, valamint hidak/koronák készítése esetén visszafordíthatatlan elváltozást eredményeznek a fogainkban.

*Fogszabályozás kivehető rögzített fogszabályozóval:* a hagyományos fogszabályozó kezelés segítségével a fogszabályozás célja ugyanúgy elérhető. A kezelés valamelyest hosszabb lehet rögzített készülékkel, valamint a készülék viselését, tisztítását, küllemét lényegesen nehezebb megszokni. Költségek tekintetében a sínes kezelés többre és kevesebbe is kerülhet a rögzített fogszabályozástól, a kezelés hosszának, komplexitásának függvényében.

# Nyilatkozat

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

Egyetértek abban, hogy adataimat a törvényes keretek között tárolják és használják. Beleegyezem, hogy a kezelés során fotó dokumentáció készüljön.

Az általa javasolt kezelésbe:

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.

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).

A kezelésem költségéről szóban és / vagy írásban tájékoztatást kaptam.

Dátum:

**Székesfehérvár, 202.....**

Páciens vagy törvényes képviselőjének aláírása:

\_\_\_\_\_

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