

Implantáció előtt álló páciens hozzájárulási nyilatkozata a kezeléshez

Praxis: Sorszám:.....

Beteg neve: Szül. idő:.....

Lakcíme: TAJ száma:

Telefon: Mobil:

1. Kijelentem, hogy részletes tájékoztatást kaptam a sebészi implantációs eljárás céljáról és módjáról. Megértettem az implantátum csontba helyezéséhez szükséges intézkedéseket és feltételeket.
2. A kezelő orvos a szájamat gondosan megvizsgálta. Tájékoztattott a kezelés alternatíváiról. Ezeket az egyéb fogpótlási módszereket már kipróbáltam vagy átgondoltam, és mindezek alapján implantátumot kívánok igénybe venni a fogmű rögzítéséhez.
3. Tájékoztatót kaptam továbbá azokról a lehetséges kockázatokról és komplikációkról, amelyek az operáció, az orvosságok és altató szerek miatt felléphetnek. Megértettem, hogy ezekhez a komplikációkhoz tartozhat átmenetileg például fájdalom, duzzanat, gyulladás, elszíneződés, fog-, ajak-, nyelv-, áll- vagy arczsibbadás. Előfordulhat, hogy ezen elváltozások pontos időtartama nem mondható meg előre, némelyik maradandó is lehet. Lehetséges ezen kívül a meglévő fogak sérülése, csonttörés, az orrmelléküreg megnyílása, elhúzódó gyógyulás, allergiás reakciók az alkalmazott gyógyszerekkel szemben, stb.
4. Megértettem, hogy ha nem történik beavatkozás, a következő lehetőségek egyike vagy több is bekövetkezhet: állcsontsorvadás, a meglévő fogak körül fogínygyulladás, a meglévő fogak érzékenyvé válása, meglazulása és ennek következtében szükségessé válhat újabb fogeltávolítás is. Megértettem továbbá, hogy a fogpótlás elmaradása miatt lehetségesek állkapocs-ízületi problémák és ezekkel összefüggésben fejfájás fellépése, vagy a hiányos fogazattal való rágás miatt kialakulhat a nyaki és hátizomzatba sugárzó fájdalom és izomfáradtság.
5. A kezelő orvos elmagyarázta, hogy nem létezik olyan módszer, amellyel pontosan kimutatható lenne, hogy az egyes személyek esetében milyen csontgyógyulás várható az implantátum beültetése után.
6. Felvilágosítást kaptam arról is, hogy az implantátumok egyes esetekben nem csontosodnak be és ezért el kell őket távolítani. Megértettem, hogy az orvostudomány és ezen belül a fogászat ma még nem rendelkezik minden olyan részletes és pontos ismerettel, aminek birtokában garancia vagy biztosíték lenne adható az orvosi kezelés és műtét eredményéről.
7. Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulási nyilatkozat aláírását követően a kezelés során bármikor, vagy az implantátum és a fogmű elkészülte után olyan vitás helyzet adódna, amelyet a kezelő orvos és a páciens nem tud megoldani és ennek következtében a kezelés megszakad, vagy az elkészült implantátumot és fogművet a páciens nem kívánja átvenni, akkor az addigi anyagköltségek (műtéti felkészülés, implantátum, fogtechnika, stb.) a páciensre terhelik. A felhasznált anyagok költségeit a páciens az általa befizetett előleget figyelembe véve, tételes elszámolása alapján egyenlíti ki.

8. Világos számomra, hogy a nagyfokú dohányzás, az alkohol- és a cukorfogyasztás az íny gyógyulását hátrányosan befolyásolhatja és veszélyeztetheti az implantáció sikerét. Egyetértek azzal, hogy a kezelő orvos utasításait követni kell. Beleegyezem abba, hogy utasításra megjelenek a rendszeres ellenőrző vizsgálaton.
9. A kezelő orvos által választott érzéstelenítés módjával egyetértek. Kijelentem, hogy legalább huszonnégy órán keresztül (illetve addig, amíg az alkalmazott altatószer, vagy orvosság hatása meg nem szűnik, ha az huszonnégy óránál hosszabb ideig tart) nem vezetek járművet, nem használok veszélyes eszközöket és nem dolgozom olyan gépen, ami veszélyesnek minősül.
10. Kijelentem, hogy testi és lelki állapotomról, kórtörténetemről a legjobb tudásom szerinti, részletes tájékoztatást adtam. Őszinte tájékoztatást adtam minden, az egészségemmel összefüggő olyan körülményről, mint amilyen a számomra ismert orvosságokra, ételekre, rovarcsípésre, altatószerekre, virágporra, vagy egyéb porra fellépő allergiás vagy szokatlan reakcióim, vér vagy egyéb testi betegségeim, kóros íny-, vagy bőrreakcióim, abnormális vérzésre való hajlamom.
11. Beleegyezem abba, hogy olyan fényképek, film-, vagy videofelvételek, feljegyzések, röntgenfelvételek, vagy más adathordozón rögzített információk készüljenek rólam a beavatkozás során, amelyek az implantológia tudományának előre vitelét szolgálják feltéve, hogy személyiségi adataim ezekkel összefüggésben nem kerülnek nyilvánosságra.
12. Kérem és feljogosítom kezelő orvosomat az orvosi, illetőleg fogorvosi szolgáltatás nyújtására, beleértve az implantációkat és más ezzel összefüggő műtétek elvégzését is. Beleegyezem abba, hogy ha a tervezett eljárás alatt vagy után, az operáció vagy a kezelés során, olyan körülmények merülnének fel, amelyek miatt a kezelő orvos megítélése szerint olyan kiegészítő vagy alternatív kezelések szükségesek, amelyek az egész kezelés sikerét szolgálják, azokat elvégezze. Beleegyezem továbbá a kezelési terv, a kezelés során használt anyagok és kezelési módok megváltoztatásába is, ha azok a legjobb érdekeimet, azaz az eljárás sikerét szolgálják.

Kelt,.....

.....

Az orvos aláírása

.....

A páciens aláírása

(Kiskorú vagy aláírásra képtelen páciens esetében a szülő vagy a törvényes képviselő aláírása)

Megjegyzés: Ezen hozzájárulási nyilatkozat alapját képező információkat az USA Dept. of Health and Human Servics Public Health Service Publ. No. 81-1531, 1987. dec-től a következő címen adta ki: Dental implants. Bebefits and risk: An NTH-Harvard Consensus Development Conference. Az Orális Implantológusok Nemzetközi Kongresszusa (ICOI) közhasznú nemzetközi tudományos szervezet és mint ilyen egyetért a fentiekkel, de nem felelős a fentiek ismertetésének módjáért, vagy annak az eljárásnak eredményéért, amire a tájékoztató vonatkozik.