

IMPLANTÁCIÓS MŰTÉTI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott.....

.....szül.idő.....lakcím.....
.....TAJszám.....kijelentem és aláírással tanúsítom, hogy a személyes orvosi tájékoztatások nyomán állapotom/betegségem természetét megértettem. Megismertem a lehetséges kezelési formákat, a fogászati implantáció műtéti eljárásokat, a kezelés/műtét esetleges és lehetséges szövődményeit, azok kockázatát, valamint kezelés/műtét elmaradásának kockázatait és következményeit.

Megerősítem, hogy érthető tájékoztatást kaptam a kezelés szükségességéről, a kezelés elmaradásának valószínű következményeiről, az előrelátható orvosi intézkedések jellegéről, lefolyásáról, terjedelméről, mértékéről, a beavatkozás lényegéről és azokról az okokról, amiért ezek orvosi szempontból előnyt jelentenek, az ezzel összefüggő, elkerülhetetlen hátrányos következményekről, lehetséges kockázatokról és gyakoribb szövődményekről, és veszélyekről, várható eredményekről, kilátásokról. 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.

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.

Tudomásul veszem, hogy a tervezett beavatkozás elmaradása esetén bekövetkezhet csontvesztés; a meglévő fogak körüli előrehaladó tasakképződés, fogágy pusztulás; a meglévő fogak érzékennyé 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.

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.

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, fertőzőes jelenségek kialakulása (pl. aphta, 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.

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.

Kijelentem, hogy a kezelőorvos részletesen kioktatott a szájhygiénés tudnivalókról és arról, hogy az implantáció sikeressége jelentős részben attól függ, hogy a szájhygiénére vonatkozó előírásokat betartom-e. A dohányzás, a nagyfokú alkoholfogyasztás és cukorbetegség a műtėti 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.

Tudomásom van arról, hogy a klinikán/rendelőben rezidensek képzése is folyik, ezért beleegyezem abba, hogy kezelésben – felelős személyek jelenlétében és azok felügyelete mellett – oktatási célból fenti személyek is részt vehessenek.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezeléseket, műtéteket 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.)

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

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.

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.

Kijelentem, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, azokat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom és ezt aláírással is megerősítem.

Megjegyzések:
.....
.....
.....

Budapest,.....

.....
páciens/törvényes képviselő