

IMPLANTÁCIÓS MŰTÉTI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott.....

.....szül.idő.....lakcím.....

.....TAJszám.....kijelentem és aláírással tanúsítom, hogy a személyes orvosi tájékoztatások nyomán állapotom természetét megértettem. Megismertem a lehetséges kezelési formákat, a fogászati implantáció esetleges és lehetséges szövődményeit, azok kockázatát, valamint az implantáció elmaradásának kockázatait és következményeit.

Megerősítem, hogy érthető tájékoztatást kaptam az implantáció szükségességéről, az implantáció 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.

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 beavatkozás következtében lehetséges a meglévő fogak sérülése, csonttörés, az arcüreg megnyílása, elhúzódó gyulladás, allergiás reakciók az alkalmazott gyógyszerekkel szemben.

Tudomásul veszem, hogy a műtét eredményeként jelentkezhet sebfájdalom, arcduzzanat, 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.

Vállalom, hogy az implantációt követően az orvosi utasításokat betartom és rendszeres kontroll vizsgálatokon megjelenek.

Tudomással bírok arról, hogy jogom van a felajánlott kezelések, műtétek bármelyikének vagy mindegyikének visszautasítására.

A kezelés olyan kiterjesztéséhez és változtatásokhoz,- mind a tervezett implantáció 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 implantációval kapcsolatban felmerült kéréseimről részletes felvilágosító beszélgetés során- a kezelőorvosom kielégítően tájékoztatott. Szóban feltett kérdéseimre megfelelő és számomra érthető választ kaptam.

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

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

Megjegyzések:
.....
.....
.....

Budapest,.....

.....
páciens/törvényes képviselő