



## Implantáció előtti beleegyező nyilatkozat

1. Alulírott (név) ..... kijelentem, hogy részletes tájékoztatást kaptam a sebészi implantáció eljárás céljáról, módjáról, és a vizsgálat és az azt követő ellátás térítési díjáról. Megértettem az implantátum csontba helyezéséhez szükséges intézkedéseket és feltételeket.
2. A kezelő orvos a számat 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 az altató szerek miatt felléphetnek. Megértettem, hogy ezekhez a komplikációkhoz tartozhat átmenetileg például fájdalom, duzzanat, gyulladás, elszíneződés, fog-, ajak-, nyelv-, áll- vagy arcsibbadás. 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 körüli 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 kezelőorvos 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 implantáció sikere 100%-ban nem garantálható, valamint az implantátumok bennmaradásának ideje sem határozható meg pontosan. 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. Tudomásul veszem, hogy az implantátumos fogpótlás készítése időigényes, így annak elkészülése akár 9-12 hónapot is igénybe vehet.
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 kezelőorvos 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 páciens 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 cukorfogyasztás az íny gyógyulását hátrányosan befolyásolhatja és veszélyeztetheti az implantáció sikerét. Egyetértek azzal, hogy a kezelőorvos utasításait követni kell. Beleegyezem abba, hogy utasításra megjelenek a rendszeres ellenőrző vizsgálaton.
9. A kezelőorvos 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 reakcióm, vér vagy egyéb testi betegségeim, kóros íny-, vagy bőrreakcióim, abnormális vérzésre való hajlamom.
11. Beleegyezem abba, hogy fényképek, film-, vagy videofelvételek, feljegyzések, röntgenfelvételek, vagy más adathordozón rögzített információk készüljenek rólam a beavatkozás során, és ezeket a Terenyi Klinika felhasználja, feltéve hogy személyiségi adataim ezekkel összefüggésben nem kerülnek nyilvánosságra.
12. Kérem és feljogosítom kezelőorvosomat 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 kezelőorvos 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.



### **A beavatkozás sikere érdekében vállalom a következőket:**

1. Közvetlenül az operáció után a közlekedésben kísérő nélkül nem veszek részt, illetve járművet nem vezetek.
2. Az operáció napján és az azt követő 2-3 napban kerülöm a nehéz testi munkát, sportolást, emelgetést, szauna használatát, mert utóvérzést okozhat.
3. A műtétet követő duzzanat elkerülése, illetve csökkentése érdekében, a műtéti terület az arc felől jeges zacskóval hűthető, borogatható. Előtte azonban az arc bőrét valamilyen közömbös krémmel kenjük be, ezzel védve a bőrt a hideg által esetlegesen bekövetkező károsodástól. A jegelést a műtéti napon és az azt követő 24-48 óráig tanácsos végezni, naponta többször 10-20 perces időtartamig.
4. A műtétet helyi érzéstelenítésben végezzük, melynek hatása 2-5 órán át is eltarthat, ezért enni, és inni csak az érzéstelenítő hatásának elmúlása után fogok, elkerülve ezzel a lágyrészek elharapását illetve a félrenyelést.
5. Az implantátum területén nem eszem, kerülöm a túl pépes illetve túl kemény ételek fogyasztását.
6. Nem öblögetem, nem piszkálom, ne szívogatom a sebet! Az élvezeti szerekről (alkohol, kávé, dohányzás) a műtétet követő 5-7 napig lemondok. Friss tejes, tojásos termékek fogyasztását kerülöm.
7. A varratokat legalább 5-7 napig nem távolítom el. Amennyiben a jelzett idő előtt a varratok meglazulnának, kiesnének, ezáltal a sebszélek távolodnának egymástól, azt jelzem a kezelőorvosom felé.
8. A helyes és gondos szájápolás az egyik legfontosabb előfeltétele az implantáció sikerének. A műtéti területet puha fogkefével, kézzel, a szájüreg többi részét a szokásos módon tisztítani fogom. Szájtus használata kifejezetten TILOS!
9. Ha utóvérzést, lázat, erős fájdalmat vagy más műtétet követően kialakult panaszt észlelek, értesítem a kezelőorvosomat.
10. A javasolt állapotfenntartó kezeléseket elfogadom és elvégeztetem.

**A szóbeli és írásbeli tájékoztatást az elvégzendő beavatkozás menetéről megértettem, a lehetséges szövődményeket elfogadom, a kezelés elmaradása esetén várható következményekről részletes felvilágosítást kaptam, minden engem érdeklő kérdést tisztáztunk, további tájékoztatásomról kifejezetten lemondok.**

**Megállapodásunk a műtét szakszerű elvégzésére szól.**

Kelt: Budapest, 20.....év.....hó.....nap

---

szolgáltatást kérő páciens

szolgáltató orvos