

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott,.....született:.....
.....tanúsítom, hogy kezelőorvosom Dr. Toldi Ferenc a kellő mértékben
felvilágosított az alábbiakról :

1. Állapotomról, mely kórisme szerint: hiányos fogazat, illetve csökkent rágóképesség
2. A javasolt gyógyomódról, mely műgyökér beültetés (implantáció).
3. Annak kockázatairól, a lehetséges gyakoribb szövődményekről és várható
következményeikről.
4. A helyette alkalmazható gyógyomódokról, mint: kivehető pótlás, illetve egyes esetekben a
természetes fogak lecsiszolása. Továbbá ismertette ezek kockázatait, és következményeit,
valamint az ajánlott és más szóba jövő eljárás előnyeit és hátrányait.

Hozzá tartozóim tájékoztatását kérem ; nem kérem

A mellékelt írásbeli tájékoztatót elolvastam, és az implantáció előtti szájhygiénés tájékoztatón
részletet vettem.

Szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre
ahhoz, hogy szabadon döntsék arról; milyen kezelést szeretnék.

Kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól
megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi – előre nem
várható – szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt, gyógyulási időt kedvezőtlenül
befolyásolhatják. Ezek, lényegében az általános fogsebészeti műtétek szövődményei,
úgy mint utóvérzés, duzzanat, fájdalom, zsibbadás, bevérzés, hőemelkedés. Az esetek egy
részében az implantátum az előírt orvosi tevékenység mellett sem rögzül kielégítően,
illetve kilökődik. A korszerű implantátumok esetében ez az arány 0,2-0,3(tized)százalék. A
siker nagymértékben függ a szájhygiéne fokától, a szervezet regeneráló képességétől.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének, vagy
mindegyikének elutasítására. Ez esetben a visszautasítás kapcsán bekövetkező
szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek
kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe, műtétbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján, minden
kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést, műtétet
elvégezzék: dentális implantáció, azaz műgyökér beültetés.

Dátum:..... Aláírás:..... Orvos:.....
.....