



INTÉZETIGAZGATÓ:
DR. NÉMETH ORSOLYA
egyetemi docens, Ph.D

ÁLTALÁNOS BETEG-BELEEGYZŐ NYILATKOZAT (FELVÉTELKOR)

A beteg neve: Szül.adatok:.....

Sz. ig. száma..... TAJ:.....

A kezelés indoka, panasz:

A fogászati kezelések mikrosebészeti beavatkozásnak minősülnek. A műtéti beavatkozásnak a legnagyobb gondosság mellett is lehetnek nem kívánatos szövödményei.

1. Alulírott kijelentem, hogy panaszaim miatt betegségem megállapítását és gyógyítását kérem.
2. Részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam tervezett kivizsgálásomról, az ennek során várhatóan szükséges vizsgálatokról.
3. A kockázattal nem járó, vagy csak minimális kockázattal járó vizsgálati eljárások (fizikális vizsgálat, hagyományos röntgen vizsgálatok) elvégzéséhez hozzájárulok.
4. A szükséges gyógykezeléshez hozzájárulok. Vállalom, hogy a fogászati kezelés eredményessége érdekében az orvossal és a szakdolgozókkal együttműködöm és az Intézeti Házirendet betartom. Hozzájárulok személyes adataim, egészségügyi adataim kezeléséhez az ellátásomban résztvevő kezelőorvosom és közreműködő betegellátó eredményes gyógykezelési tevékenységének elősegítésére.
5. Megértettem, hogy a beavatkozás/műtét során esetleg olyan beavatkozásra is szükség lehet, melyet a kezelőorvos előre jelzett, hogy az a beavatkozás során felmerülhet és arról kellő felvilágosítást kaptam. Ezért ezennel hozzájárulok ahhoz, hogy további vagy alternatív beavatkozásra is sor kerüljön, amennyiben ez szakmailag indokolt vagy tanácsos.
6. Hozzájárulok helyi vagy egyéb módon végzett érzéstelenítéshez, vagy bódításhoz, amennyiben azt a kezelést végző orvos indokoltnak tartja, és annak alkalmazhatóságával kapcsolatban előtte részletesen kikérdezett.
7. Vállalom, hogy klinikai kezelése során az orvostanhallgatók, egészségügyi szakképzésben résztvevő hallgatók oktatásához segítséget nyújtok és a felmerülő kezelésem elvégezhetik szakorvos jóváhagyásával, vagy felügyelete mellett.

8. A felsorolt kezelésekre beleegyezem VAGY nem egyezem bele. *(a megfelelőt kérjük aláhúzni)*

- **foghúzásba:** beleegyezem nem egyezem bele
- **gyökérkezelésbe:** beleegyezem nem egyezem bele
- **bemetszésbe:** beleegyezem nem egyezem bele
- **fogtömésbe:** beleegyezem nem egyezem bele

9. Részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam a tervezett beavatkozás céljáról és természetéről, annak előnyeiről esetleges szövödményeiről, és az ennek során várhatóan szükséges egyéb vizsgálatokról, annak esetleges kiterjesztéséről az 5 pont szerint.

10. Kellő tájékoztatást kaptam szóban is fogászati állapotomról, kezelésről, az alternatív kezelésről, azok várható kimeneteléről, így a kezelés kockázatairól, komplikációiról, lehetséges szövödményeiről, ill. arról, hogy a kezelésmaradása milyen következményekkel járhat. Szóban feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék további kezelésemről. A javasolt szájhigiénéről, étkezésről és a beavatkozás utáni teendőkről.

11. A fenti kockázatokat megértettem, tudomásul veszem és vállalom.

Budapest, 20

.....
kezelőorvos

.....
beteg (vagy törvényes képviselője)