SEMMELWEIS EGYETEM
FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR
FOGÁSZATI ÉS SZÁJSEBÉSZETI OKTATÓ INTÉZET

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

ÁLTALÁNOS BETEG-BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

I. RÉSZ - Felvételkor
Semmelweis Egyetem Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet

A beteg neve: ……..…….Sz. ig. száma.....

A kezelés indoka, panasz: ……..……

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

1. Alulírott kijelentem, hogy panaszaim miatt betegségem megállapítását és gyógyítását igénylem.
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 más betegellátó eredményes gyógykezelési tevékenységének elősegítésére.
5. Megértettem, hogy a beavatkozás/műtét során a kezelőorvos esetleg olyan beavatkozásra is kényszerül, amelyet előre nem jelzett. 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.
7. Vállalom, hogy klinikai kezelésem során az orvostanhallgatók, egészségügyi szakképzésben résztvevő hallgatók oktatásához segítséget nyújtok és a felmerülő kezelésemet elvégezhetik.
8. A felsorolt kezelésekbe beleegyezem/ 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 és az ennek során várhatóan szükséges egyéb vizsgálatokról.
10. Kellő felvilágosítást kaptam az alternatív kezelési lehetőségekről, a várható eredményekről, a felmerülő kockázatokról, a várható komplikációkról ill. arról, hogy a kezeléselmaradása milyen következményekkel járhat. A beavatkozással összefüggő rizikótényezőket a beavatkozás előtt elmagyarázták.
11. A fenti kockázatokat megértettem, tudomásul veszem és vállalom.

Budapest, 20 ……

…… ……..
kezelőorvos beteg (vagy törvényes képviselője)

SEMMELWEIS EGYETEM 1769
Cím: 1085 Budapest, Szentkirályi utca 40.
Postacím: 1085 Budapest, Üllői út 26.; 1428 Budapest, Pf. 2.
E-mail: fszoi@semmelweis.hu
Tel.: (+36-1) 317-6600/60715
semmelweis.hu/fok

Érvényes: 2023.12.05-től visszavonásig
Készítette: Dr. Oláh Gergely **Jóváhagyta: Dr. Németh Orsolya**

II. RÉSZ
Csak a hozzájárulás megtagadása esetén töltendő ki!

Kijelentem, hogy a következő vizsgálathoz, illetve kezelési eljárás(ok)hoz, az annak (azoknak) szükségességéről, illetve a vizsgálat vagy kezelés elmaradásának következményeiről kapott részletes **tájékoztatás ellenére sem járulok hozzá**:

……

……

……

Tudomásul veszem, hogy elutasításom következményeiért a felelősség reám hárul.

Budapest, 20 ……..

…… ……..
kezelőorvos beteg (vagy törvényes képviselője)

III. RÉSZ - Távozáskor

Fogászati állapotom, kezelésem várható kimeneteléről és a javasolt szájhigiénéről szóban is kellő tájékoztatást kaptam. A kezelés kockázatairól, lehetséges szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek további kezelésemről.

Budapest, 20 ……

…… ……..
kezelőorvos beteg (vagy törvényes képviselője)

Cím: 1085 Budapest, Szentkirályi utca 40.
Postacím: 1085 Budapest, Üllői út 26.; 1428 Budapest, Pf. 2.
E-mail: fszoi@semmelweis.hu
Tel.: (+36-1) 317-6600/60715
semmelweis.hu/fok
Érvényes: 2023.12.05-től visszavonásig
Készítette: Dr. Oláh Gergely **Jóváhagyta: Dr. Németh Orsolya**