

Kedves Páciensünk!

Bizonyos alapbetegségeket figyelembe kell venni a fogászati beavatkozások során, ezért szükséges, hogy az Ön egészségi állapotáról bővebben tájékozódjunk. Kérjük, figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön a legmegfelelőbb kezelésben részesülhessen! **A megfelelő válasz mellett levő rubrikába tegyen "X"-et.** Az Öntől kapott információkat az orvosi titoktartás védi, valamint személyes adatait a GDPR előírásai szerint, az Adatvédelmi és Adatbiztonsági Szabályzatunkban foglaltak szerint kezeljük!

Név:

Lakcím: TAJ szám (EESZT miatt kérjük megadni):.....

Születési idő: Telefon/mobil:

E-mail cím:

Foglalkozás (nyugdíjasnál korábbi): Melyik ismerőse ajánlott minket:

Kitől/honnan hallott rólunk? ☐ ismerőstől ☐ google keresés ☐ facebook ☐ foglajorvost.hu ☐ céges partner

1. A mai látogatás célja/oka:

2. Jelölje be, az alábbiak közül melyik igaz Önre:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Kattogó / kiugró állkapocs | ☐ Fogcsikorgatás | ☐ Fogak érzékenysége melegre, hidegre |
| ☐ Vérző íny / Gyulladt íny | ☐ Mozgó fogak | ☐ Étél felgyülemles fogak között |
| ☐ Repedt tömések | ☐ Foginysorvadás | ☐ Kellemetlen lehelet |

3. Használ fogselymet? ☐ Igen ☐ Nem

Használ fogköz tisztító kefét? ☐ Igen ☐ Nem

4. Amennyiben vannak amalgámtömései, szeretné kicseréltetni őket? ☐ Igen ☐ Nem

5. Jelenleg áll-e valamilyen orvosi kezelés alatt? ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, milyen betegség miatt? Kezelőorvos neve, telefonszáma:

Volt-e valaha súlyos betegsége vagy műtété? ☐ Igen ☐ Nem Ha igen, milyen és mikor?

Volt-e szokatlan reakciója műtėti altatáskor vagy fogászati érzéstelenítéskor? ☐ Igen ☐ Nem

Milyen gyógyszereket szed rendszeresen?

6. Dohányzik? ☐ Igen ☐ Nem Ha igen, hány szálát szív naponta?

7. Hölgyeknél: ☐ Várandós? ☐ Szoptat?

8. Allergiás a felsoroltak közül valamire, illetve okozott-e valamilyen gyógyszer szedése panaszt/allergiát?

☐ Helyi érzéstelenítő (pl.:Lidocain) ☐ Fém ☐ Penicillin ☐ Latex

☐ egyéb gyógyszer illetve allergiás megbetegedés:

9. Kezelték-e, illetve kezelik-e (műtét is ideértendő) a következő betegségekkel? Ha igen, mikor?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ AIDS/HIV Pozitív | ☐ Fehérvérűség/Leukémia | ☐ Májbetegség | ☐ Szívfejlődési rendellenesség |
| ☐ Alacsony vércukorszint | ☐ Fekély | ☐ Izületi protézis | ☐ Szívbelhártya-gyulladás |
| ☐ Alacsony vérnyomás | ☐ Gyakori fejfájás | ☐ Mű szívbíllentyű | ☐ /endocarditis |
| ☐ Állkapocs fájdalom | ☐ Gyomorbaj/Bélbaj | ☐ Nemi betegség | ☐ Szívrítmusszabályozó |
| ☐ Anafilaxia/Túlérzékenység | ☐ Hepatitisz A | ☐ Pajzsmirigy betegség | ☐ /pésméker |
| ☐ Anémia/Vérszegénység | ☐ Hepatitisz B vagy C | ☐ Rák/Daganat/Tumor | ☐ Tuberkulózis/TBC |
| ☐ Beültetett szerv | ☐ Herpesz | ☐ Reuma | ☐ Tüdőbaj |
| ☐ Cukorbetegség | ☐ Huzamos vérzés | ☐ Sárgaság | ☐ Veleszületett szívelégtelenség |
| ☐ Csontritkulás | ☐ Izületi gyulladás | ☐ Sugárkezelés | ☐ Véralvadási zavar |
| ☐ Drogfüggőség | ☐ Kemoterápia | ☐ Sűrű hasmenés | ☐ Vérátömlesztés |
| ☐ Elmebetegségi betegség | ☐ Légzésprobléma | ☐ Sűrű köhögés | ☐ Vérékenység |
| ☐ Epilepszia | ☐ Magas vérnyomás | ☐ Szabálytalan szívverés | ☐ Vese dialízis |
| ☐ Erprotézis | ☐ Mellékpajzsmirigy betegség | ☐ Szédülés, ájulási hajlam | ☐ Vesebetegség |
| ☐ Eszméletvesztés | | ☐ Szerzett szívbíllentyű hiba | ☐ Zöldhályog |

10. Szenved-e egyéb más (esetleg fertőző) megbetegedésben? Ha igen, miben?

Tudomásul veszem, hogy a helytelenül megadott válaszok veszélyeztethetik az egészségemet. **Saját felelősségem a rendelő tájékoztatása, ha a jövőben egészségügyi adataimban változás történne, ezt a fogászati kezelést megelőzően fogorvosom tudtára adom.**

Kérjük olvassa el a TÚLOLDALON leírt páciens tájékoztatót!

Kelt: Budapest,év.hónap

.....
Páciens / Gondviselő aláírása

.....
Orvos aláírása

Kedves Páciensünk!

Köszönjük, hogy megtisztel minket bizalmával. Fontosnak tartjuk, hogy az Önre váró beavatkozások esetleges kockázatairól előre tájékoztassuk. A **fogászati kezelések bármely fogászat**on, a legegyszerűbb tömésektől a legbonyolultabb szájsebészeti műtétekig, még a leggondosabb kivitelezés mellett is járhatnak bizonyos nemkívánatos mellékhatásokkal, szövődeményekkel. Kockázatok rendkívül ritkán, de előfordulhatnak; a **DENTOP Fogászati Rendelő ezek minimalizálására törekszik**. Az Ön ellátásához legmagasabb szintű szakmai tapasztalatainkat és korszerű anyagokat és eljárásokat használunk fel. Kérjük, hogy az alábbiakban leírtakat figyelmesen olvassa el. **Felhívjuk figyelmét, hogy aláírásával a kezelés végrehajtásához beleegyezését adja (a kockázatokat mérlegelve)**. Teljes állapotfelmérés (és az elvégzett munka betegkártonban történő rögzítése) érdekében előtte-utána fotódokumentáció készül(het), melyet a páciens beazonosítása, felismerése nélkül az Ön által a GDPR-nyilatkozatban engedélyezettek szerint felhasználhatunk.

Érzéstelenítéskor esetlegesen fellépő szövődemények, kockázati tényezők: rövid ideig tartó hirtelen fájdalom, átmeneti anaémiás folt az arcon, szívdobogás, vérömleny, allergiás reakció, túlérzékenységi reakció, sokk, ájulás, tű betörése, az érzéstelenítő hatásának elmaradása, ismételt érzéstelenítés, tartós zsibbadás.

Fogkó eltávolítás: nyálkahártya sérülése, aspiratio (belélegzés) a szakszerű kezeléssorozat ellenére – krónikus fogágybetegség esetén – a fogak elvesztése.

Tömés: lágyszövetek sérülése, fogelhalás (pl. gyökérkezelés esetén) szuvas részek eltávolításánál az elvékonyodott zománcrészek törése, fogtörés, fúrotörés.

Gyökérkezelés: aspiratio (belélegzés), utófájdalom, duzzanat, anatómiai okok (szűk, görbe csatorna) következtében fellépő sikertelenség, tűtörés, régi – nem korrekt – gyökértömés következtében fellépő eredménytelenség, műtét (resectio), fogtörés, fogeltávolítás, antibiotikum szedése. Felhívjuk figyelmét arra, hogy a gyökérkezelés több visszarendelést igénylő kezeléssorozatot, amely a fog megmentésére irányuló folyamat, melynek eredményességét nem lehet garantálni a gyökércsatornák anatómiai variabilitása miatt. Bizonyos esetekben a szuvasodás olyan mélyre terjedhet, hogy eléri az idegcsatornát, ami nem feltétlenül diagnosztizálható előre a röntgenfelvételeken, ilyenkor gyökérkezelés indokolt.

Fogfelfrítés: nyálkahártya felmaródása, allergiás reakció, átmeneti fognyak érzékenység, átmenetileg ráharapásra fájdalom.

Fogpótlás (rögzített): lágyszövetek sérülése, csiszolt fogak elhalása (lásd: gyökérkezelés) lenyomatvételi nehézségek (hányinger, hányás, aspiratio (belélegzés)), hidak törése, lemozdulása, lenyelése, fém pótlások esetén allergiás reakció.

Kivehető pótlások: lenyomatvételi nehézségek (lásd: rögzített), műanyaggal szemben fellépő allergiás reakció, fogsor által okozott nyálkahártya sérülések (tömés, duzzanat, fájdalom). A fogpótlások készítése szintén kezeléssorozat, az erre vonatkozó információkat a gyökérkezelésnél leírtaknál találhatja meg.

Fogeltávolítás: utófájdalom, gyulladás, duzzanat, bevérzés, gyökértömés (műtét), arcüreg megnyílása (műtét), alsó állkapocs érzőideg sérülése, nem szűnő vérzés, állcsonttörés, szomszédos fogak és azok töméseinek, koronáinak sérülése, antibiotikum szedése.

Tájékoztatni szeretnénk, hogy rendelőnkben több fogorvos dolgozik csapatmunkában. Célunk, hogy az Ön fogászati problémáját a legmagasabb színvonalon lássuk el, ennek érdekében saját kezelőorvosán kívül más, az adott szakterületre specializálódott fogorvos kolléga is kezelheti. Nagyon fontos, hogy a kezelőorvosával egyeztetett időpontokban megjelenjen, mert csak így garantálható a kezelés sikeressége. Amennyiben megszakítja a kezelést, nem tudunk felelősséget vállalni a kezelés kimeneteléről, ill. a gyógyulásért. Abban az esetben, ha az Ön kezelése során közművek (víz, gáz, villany) átmeneti ellátásának zavara állna fenn, kénytelenek vagyunk a helyzethez alkalmazkodva a lehető leghamarabban kezelését félbeszakítani, esetleg felfüggeszteni. A kezelés lemondására és módosítására a kezelést megelőző munkanap délelőtt 10 óráig van lehetőség, amennyiben ez nem történik meg, abban az esetben 10.000 Ft készenléti díjat számolunk fel. Ettől - egyéb indokolt különleges és váratlan események esetében - eltekintünk. Abban az esetben, ha Ön az előre egyeztetett kezelés kezdő időpontjától eltérően, 20 perces vagy azt meghaladó késéssel érkezik, kérjük, értesítse rendelőnket telefonon, és akkor rendelőnk kezelési beosztását és az Ön után következő páciens előre egyeztetett kezelési időpontját figyelembe véve Önnek egy új, későbbi időpontot tudunk kijelölni kezelése elvégzésére.

Kérjük előre jelezze ajakherpeszét, a herpesz fertőzőképessége miatt az aznapra tervezett kezelést elhalasztjuk, helyette új időpontot egyeztetünk.

Garancia: A DENTOP Center Fogászat a kezelésekre prémiumkategóriájú termékeket használ. Az általunk készített fogművekre, fogpótlásokra, implantátumokra garanciát vállalunk rendszeres, rendelőnkben végzett félévenkénti kontroll és szájhygiéna betartása esetén. **A garancia az átadott fogmű minőségére vonatkozik. Bármely garancia érvényesítésének feltétele többek között a megfelelő szájhygiéna betartása mellett a félévenkénti fogorvosi ill. dentálhygiéniai kontroll.** Az általunk nyújtott szolgáltatások vonatkozásában fennálló felelősségünkkel, továbbá felelősség-korlátozással, illetve –kizárással, valamint garanciális igényének érvényesítési módjával kapcsolatos rendelkezéseket az általunk alkalmazott Általános Szerződési Feltételekben találja.

Egészségügyi dokumentáció: A kezelésekről betegdokumentációt vezetünk. A kezelésekről Ön a beavatkozás összetettségétől függően kezelési tervet (mely az orvossal szóban leegyeztetett is lehet), szükség szerint leletet, implantátum behelyezése esetén pedig az implantátumról vonalkódos igazolást kap (implant passport). Az implantátumokat a központi implantátum regiszterbe, vagy a vonatkozó egészségügyi jogszabály által megadott egyéb platformon (pl. EESZT) is rögzítjük szükség szerint.

Fizetési feltételek: A kezelések fizetése főszabály szerint az elvégzett beavatkozások után válik esedékessé. Mivel a fogtechnikai munkákat közvetített szolgáltatásként nyújtjuk, ezért fogtechnikai munkát igénylő kezeléseket csak akkor áll módunkban elkezdni, ha a kezelési tervben (akár szóban, akár írásban) meghatározott és Ön által is jóváhagyott költségek 50%-át a kezelés megkezdésénél kifizeti. A fennmaradó összeget a fogpótlás szájba helyezésekor kell kifizetni, függetlenül attól, hogy az esetlegesen csak ideiglenesen kerül rögzítésre. A kiállított számlákat készpénzzel, bankkártyával tudja rendezni, banki átutalást kizárólag csak a kezelések előtt áll módunkban elfogadni. A kezeléseket esetleges szövődeményeinek leírásánál a teljességre törekedtünk, felmerülő kérdéseivel a kezelés megkezdése előtt forduljon bizalommal a rendelő orvosaihoz. Köszönjük!

A jelen tájékoztatót figyelmesen elolvastam. Az Általános Szerződési Feltételeket (elérhető a rendelőben nyomtatott formában, valamint az alábbi linken is <https://dentop.hu/aszf/>) **és az Adatkezelési Tájékoztatót** (elérhető a rendelőben nyomtatott formában, valamint az alábbi linken is <https://dentop.hu/adatvedelmi-tajekoztato-gdpr/>) **megismertem, aláírással az abban foglaltakat elfogadom.**

Kelt: Budapest,év. hónap

.....
Páciens/Gondviselő neve és aláírása