



digitalisFogaszat.eu  
DR. KELEMEN PÉTER

## Beleegyző nyilatkozat fogászati stratégiai implantációs kezelésre váró páciensek számára

**Név:**

**Születési idő:**

**Elérhetőség:**

**Páciensnek odaadva:**

(kérjük minden elolvasott oldalt **szignózzon le**, valamint az **aláírás mezőknél írja alá**.)

*Kijelentem, hogy testi és lelki állapotomról, kórtörténetemről a legjobb tudásom szerinti, részletes tájékoztatást adom. Őszinte tájékoztatást adtam minden, az egészségemmel összefüggő olyan körülményről, mint amilyen a számomra ismert orvosságokra, ételekre, rovarcsípésre, altatószerekre, virágorra, vagy egyéb porra fellépő allergiás vagy szokatlan reakcióim, vér-, vagy egyéb testi betegségeim, kóros iny-, vagy bőrreakcióim, abnormális vérzésre való hajlamom.*

*Beleegyezem abba, hogy olyan fényképek, film-, vagy videofelvételek, feljegyzések, röntgenfelvételek, vagy más adathordozón rögzített információk készüljenek rólam a beavatkozás során, amelyek az implantológia tudományának előre vitelét szolgálják, és a közösségi médiában ismeretterjesztő jelleggel felhasználják feltéve, hogy személyiségi adataim ezekkel összefüggésben nem kerülnek nyilvánosságra.*

### I. Általános információk

A fogorvosom megvizsgált és ismertette velem a műtét előtti fogazati státuszomat. Tájékoztattott fogazatom állapotáról és arról, hogy milyen változásokra lehet számítani, amennyiben elutasítanék mindennemű fogpótlásos terápiát. Fogorvosom részletesen tájékoztattott arról, hogy szükségessé vált fogpótlás készítése, és lehetőségem volt kifejezni az ezzel kapcsolatos véleményemet, kérdéseimre választ kaptam.

A páciens jelenlegi fogászati állapota:

Foghiány:

Foghúzás:

Egyéb:

Fogorvosom a tudomány jelenlegi állása szerint a rendelkezésre álló fogpótlásfajtákról, és a jelenleg elérhető implantátumrendszerekről részletes ismertetést adott, továbbá az egyes implantátumrendszerek, mint a hagyományos kétrészes implantátumok pl.: Nobel Biocare, Strauman, Camlog, vagy a bikortikális, stratégiai egyrésztes implantátumok pl.: IHDE előnyeire, illetve hátrányaira vonatkozó kimerítő tájékoztatást adott, az általam feltett kérdésekre választ kaptam és végül arra az elhatározásra jutottam, hogy kérem a felajánlott alábbi kezelést.

Megértettem, hogy a következő kezelési lehetőségek állnak rendelkezésre:

- Teljes vagy részleges kivehető fogpótlás implantációs elhorgonyzással vagy anélkül;
- Csontpótló műtét(ek), és crestális (gerincéli) implantátum(ok) behelyezése. Utána fix pótlás készítése;
- Bicortikális elhorgonyzású implantátumok behelyezése, 10 napon belül elkészülendő hosszútávú elsődleges fix pótlással.
- ...

Fogorvosom tájékoztattott arról, hogy a tervezett fogpótlás elkészítése a következő állcsontterületekbe teszi szükségessé az implantátumok behelyezését:



Ezt követően tájékoztattak a fogászati implantáció természeti és technológiai sajátosságairól. Fogorvosom elmagyarázta, hogy az implantátumokat egy vagy több fog pótlása céljából az íny alá, a csontba helyezik. A személyes egyeztetést követően úgy döntöttem, hogy a fogászati implantációs kezelés mellett döntök.

Fogorvosom tájékoztatást nyújtott a fogászati implantológia módszereinek többféleségéről és azok alapvető jellemvonásairól. *Tájékoztattott arról, hogy még nem állnak rendelkezésünkre megbízható összehasonlító adatok a különféle implantációs rendszerek hosszú távú sikerességét illetően.* Tájékoztatást kaptam a hagyományosnak tekinthető és legáltalánosabban használt ún. gerincéli implantátumokról, melyek alkalmazásához az én esetemben szükséges a csípőcsontból vagy állcsontból az állcsontba történő csontátültetés, vagy hasonló csontpótló beavatkozás. E helyett az újabb és kevésbé invazív, ún. stratégiai implantációs technika mellett döntöttem. Megértettem, hogy ennek a technikának az előnye a rövidebb gyógyulási idő és a fent említett csontátültetési műtét szükségtelensége.

Megértettem, hogy rendszeres ellenőrző vizsgálatokra és a híd korrekciójára életem végéig szükség lehet.

Megértettem, hogy a stratégiai implantációs technika melletti döntésem egy bizonyos mértékű hosszú távú elköteleződést jelent, hiszen minden további vizsgálatot és utókezelést olyan fogorvossal kell végeztetnem, aki megfelelő elméleti és gyakorlati tudással rendelkezik a bicortikális implantáció területén, és hogy nem minden fogorvos rendelkezik ezzel a szakképesítéssel. Tisztában vagyok azzal, hogy amennyiben kezelőorvost szeretnék váltani, olyan orvost kell keresnem, aki az implantológia ezen területén megfelelő szaktudással bír.

Fogorvosom tájékoztattott az implantációs műtét lépéseiről. Tudomásom van arról, hogy az implantátum anyaga titánötvözet.

Fogorvosom tájékoztattott arról, hogy a felső állcsontba helyezett implantátumok elérhetik az arcüreget, ezért szükségessé válhat az arcüreg műtéti megnyitása és részleges feltöltése csontpótló anyaggal vagy saját csonttal.

Megértettem azt, hogy az implantációs beavatkozás során fellépő váratlan komplikációk megnövelhetik a kezelési lépések számát. Szeretném, ha a kezelés ebben az esetben is folytatódna és elvégeznék a szükséges lépéseket. Az ily módon szükségessé váló további lépések lehetnek:

- egyes implantátumok eltávolítása vagy újak behelyezése;
- meglévő fogpótlás kiegészítése vagy átalakítása;
- rögzített híd helyett kivehető fogpótlás behelyezése, a kezelési terv módosítása.

A fogorvosom által ismert kórtörténetem alapján a következő egyéni kockázatokkal kell számolnom a fent említett kezelés esetén:

- ...

**Fogorvosom kifejezett javaslata ellenére nem adom hozzájárulásomat a következő kezelési lépések elvégzéséhez:** (ha nincs ilyen, áthúzandó)

- ...

- ...



Megértettem, hogy ezen döntésem ronthatja a kezelés hosszú távú kimenetelét és felmentem a fogorvosomat az ezen következményekkel kapcsolatos mindennemű felelőssége alól.

Megértettem, hogy ha nem történik beavatkozás, a következő lehetőségek egyike, vagy több is bekövetkezhethet: állcsontsorvadás, a meglévő fogak körül fogínygyulladás, a meglévő fogak érzékennyé válása, meglazulása, és ennek következtében szükségessé válhat újabb fogeltávolítás is. Megértettem továbbá, hogy a fogpótlás elmaradása miatt lehetségesek állkapocsizületi problémák és ezekkel összefüggésben fejfájás fellépése, vagy a hiányos fogazattal való rágás miatt kialakulhat a nyaki és hátizomzatba sugárzó fájdalom és izomfáradtság.

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 merülnek 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 velem való egyeztetést követő megváltoztatásába is, ha azok a legjobb érdekeimet, azaz az eljárás sikerét szolgálják.

.....  
aláírás

## II. Sebészeti beavatkozás és implantáció

Tájékoztattak arról, hogy a tervezett implantáció általában a következő kockázatokkal és komplikációkkal járhat:

- csonttörés,
- arcüreg megnyílása,
- idegsérülés és ennek következtében fellépő érzéskiesés az alsó ajakban az egyik vagy mindkét oldalon,
- az implantátum körüli szövetek gyógyulásának hiánya,
- nyálmirigy kivezetőcsövének sérülése.

Fogorvosom részletesen tájékoztattott arról, hogy ezen kockázatok megvalósulásának milyen következményei lehetnek.

Elfogadom, hogy a műtéti beavatkozáshoz kapcsolódóan, illetve a rendszeres hosszú távú ellenőrzések folyamán röntgenfelvételeket és fényképeket készítsenek rólam.

## III. Postoperatív fázis

Tájékoztattak arról, hogy a műtét után kellemetlen mellékhatások léphetnek fel, mint pl. duzzanat, fájdalom, felülfertőződés vagy rossz általános közérzet. Továbbá felléphet az ajkak, fogak, nyelv vagy orca zsibbadása. Ezen tünetek pontos időtartamát természetüknél fogva és az egyes páciensek eltérő biológiai adottságai miatt nem lehet meghatározni, és legrosszabb esetben életfogytig tarthatnak. A fogorvos elmagyarázta részemre, hogy amennyiben a körülmények nem kedvezőek, különösen, de nem kizárólag ha az arcüreg már a műtétet megelőzően sem volt tünetmentes, az ilyen fajta eljárás krónikus (hosszan tartó) fájdalommal, kellemetlenséggel járhat, az orcák, az érrendszer vagy a környező szövetek további befertőzése is lehetséges.

Tájékoztattak arról, hogy az implantátum sikeres rögzülése és gyógyulása nem garantálható. Ha komoly probléma lép fel, az implantátumot általában azonnal el kell távolítani. Az implantátum eltávolításának idejét a fogorvos határozza meg. Sok esetben lehetséges egy új implantátum behelyezése ugyanoda vagy egy közeli területre.



#### IV. Élet az implantátumokkal

Tájékoztattak arról, hogy a gyógyulási időszakban a csont és az íny viselkedését nem lehet biztonsággal előre jelezni, megértettem, hogy a műtét és a gyulladások elmúlása után az íny természetes visszahúzódása várható. Felvázolták számomra az implantációt követő protetikai rehabilitáció különböző lépéseit. Az első kezelés befejezése után 6 havonta rutinellenőrzéseket kell végrehajtani, mely kontrollidőpontok egyeztetésének kezdeményezése az én felelősségem. Tudomásul veszem, hogy szükség szerint egyes esetekben rövidebb időközönként is szükségessé válhat az ellenőrzés. Tudomásul veszem, hogy amennyiben ezt elmulasztom az implantátumokra és azok beültetésére vonatkozó garanciát elveszítem!

Tájékoztattak arról, hogy a kezelőorvosommal való szoros együttműködésem - akár hosszú távon is - a sikeres kezelés előfeltétele, illetve szükséges a sikeres kezelés utáni esetleges visszaesések megakadályozásához.

A fogorvosom elmagyarázta, hogy egyes csontterületek teljes terhelhetőségének visszaállítása annyira megterhelheti a környezetében lévő megmaradt fogakat, hogy esetlegesen azokat is helyettesíteni kell majd implantátummal annak érdekében, hogy a sikeres kimenetelt stabilizálni lehessen.

Tájékoztattak arról, hogy rendszeres ellenőrzés és kezelés szükséges új implantációs felépítmények elkészítését követően is. Egyes esetekben ez a követelmény a kezelés megkezdésétől számítva akár évekig fennállhat.

Vállalom, hogy együtt fogok működni a szükséges utóvizsgálatokon, így a klinikai- és röntgenvizsgálatokon is, mindenkori egészségi állapotomat, az abban a kezelés folyamán esetlegesen beállt bármiféle esetleges – akár kedvező, akár kedvezőtlen – változást feltáró jelleggel, mindenre kiterjedően megosztom kezelőorvosommal a kezelés teljes eredményessége érdekében.

Tisztában vagyok azzal, hogy az utókezelések együtt járhatnak egyes implantátumok pótlásával, új implantátumok behelyezésével, protetikai felépítmények kiterjesztésével vagy igazításával, vagy fix hidak helyett kivehető protézis behelyezésével, illetve a kezelési terv egyéb módosításaival.

A fogorvosom elmagyarázta nekem, hogy a behelyezett implantátummal kapcsolatban érzett esetleges változások vagy a szájhigiénében tapasztalt nehézségek észrevétele esetén rögtön kivizsgálást kell kérnem, melyet lehetőség szerint a kezelő implantológus végez el. Tájékoztattak arról, hogy nem minden fogorvos végez implantológiai kezelést, illetve jártas az azt illető, az adott implantátumrendszert érintő kezelési stratégiákban. Tudomásul veszem, hogy csak azon fogorvosok tudnak megfelelő implantológiai tanácsot és ellátást biztosítani, akik ebben a témában szakképzettek és meghatalmazásuk van speciális implantátumtípusokkal való kezelésre.

Megértettem, hogy az implantációs kezelés gyakran növeli a rágóerőket. Ez a növelt rágóképesség ugyanakkor a száj más területeit nagyobb mértékben terhelheti. Ennek következtében felmerülhet az a helyzet, hogy a fogazat más részeit is implantátumokkal kell helyettesíteni vagy kiegészíteni.

A fogorvosom kifejtette, hogy az implantátumok körüli szájhigiénének a kezelés tartós sikere érdekében nagyon alaposnak kell lennie. Tájékoztattak arról, hogy a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás és a parafunkciós alkalmazások (pl. foggal történő palacknyitás, vagy a fogak metszésen és rágáson kívüli alkalmazása) is veszélyeztetheti a kezelés kimenetelét. Ugyanez igaz a kényszerű, olykor önkéntelen szokásokra, mint pl. az alvás közbeni fogszorításra, fogsikorgatásra. Mindezen körülményekért és azok következményeiért a kizárólagos felelősségemet vállalom és elismerem.

Tudomásul veszem, hogy egészségügyi állapotomban bekövetkezett bármilyen változás még a beavatkozás után évekkel is negatívan befolyásolhatja az implantáció kimenetelét. Ilyen esetben a terápiát esetleg meg kell változtatni, vagy szükségessé válhat egy, több vagy akár valamennyi már behelyezett implantátum eltávolítása. Tudomásul veszem, hogy kedvezőtlen körülmények esetén szükségessé válhat a fix híd kivehető protézisre való cseréje.



## V. Esztétikát, beszédet vagy rágást érintő tartós negatív hatások

A fogorvosom jelezte felém, hogy az új fogak vastagság, hosszúság és szélesség tekintetében eltérnek a helyettesített természetes fogaktól. Mivel egy fog elvesztése függőleges és vízszintes csontvesztéssel jár, a legtöbb esetben a korábbi esztétikát nem lehet teljesen helyreállítani. Hasonlóképpen, az esetek többségében nem lehetséges a szemfogak csücskeinek helyreállítása.

Tudomásul veszem, hogy a felső állcsontban történt nagy léptékű implantációs beavatkozás tartós beszédproblémát okozhat, különösen az "s" és az "f" hang kiejtésekor, lévén, hogy a fogak elvesztésével a csonttömeg is csökken. A legtöbb esetben ez a helyzet gyakorlással fokozatosan javul (de akár évekig eltarthat). A fáradtság növelni fog minden beszédzavart és rontja a kiejtést. Azt, hogy az egyes páciensek milyen mértékben fognak hozzászokni a hídhoz, előre nem megjósolható. Egyes betegek szubjektív módon fokozott nyáltermelést tapasztalhatnak, ami súlyosbíthatja a beszédproblémát. Más pácienseknek kiszáradhat a szája vagy az ajka. A természetes fogak elvesztését követően az állcsont és az íny zsugorodása nem zárható ki. Ez növelheti a híd és az íny között látható nemkívánatos rést, mely általában egy új felépítmény behelyezésével vagy fogínymaszkkal korrigálható.

Tudomásul vettem a kezelőorvosom azon tájékoztatását, amely szerint az implantátumok és a felépítmény találkozásánál a fémszélek tartósan láthatóak maradhatnak. Kedvező záródási és rágási sémák általában csak akkor alakulnak ki, ha a fogon vagy fogsoron okklúziós korrekció történik, mely a szemközti fogívré is kiterjedhet. Bizonyos esetekben ezeket a kiigazításokat a koronapótlások fémvázára is ki kell terjeszteni vagy gyökérkezeléseket kell végrehajtani.

Tudomásul veszem, hogy a rágófunkció az életem végig változik. Gyakorlatilag minden páciensnek élete végéig szüksége van a rágófelszín és rágófunkció időszakos ellenőrzésére és kiigazítására. Mivel a rágófelszín módosítása vagy egyéb módosítások az évek során a vertikális (függőleges) dimenzió elvesztéséhez vezethetnek, a fogazat okkluzális (rágó) felületét esetleg fel kell építeni. Olyan esetekben, amikor a rágófunkció szélsőséges változásokon ment keresztül, nem ritka, hogy egész hídszerkezeteket ki kell cserélni (elsősorban esztétikai okokból).

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 addig felmerült munkadíj és anyagköltségek (műtéti felkészülés, implantátum, fogtechnika, stb.) a pácienset terhelik.

Jelen nyilatkozatom aláírásával kifejezetten tudomásul veszem, hogy amennyiben a kezelést félbeszakítom vagy a kezelés befejezése után esetlegesen jelentkező panaszaimmal nem, illetve késve fordulok kezelőorvosomhoz vagy a kötelező kontrollokon nem, illetve késve jelentkezem, ez esetekben a felelősséget, illetve mindezen körülményekre visszavezethető valamennyi következményt vállalom és viselem. Tudomásul veszem, hogy a jelen pontban meghatározott esetekben kezelőorvosommal szemben semminemű követeléssel nem lépek fel.

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.



Kijelentem, hogy a fentiekben említett kezelésből eredő minden vitás kérdést elsősorban békés tárgyalások útján kívánom rendezni. Amennyiben a felek közötti egyeztetések nem vezetnek eredményre, úgy alávetem magam a kezelés helye szerint illetékes bíróság kizárólagos illetékességének.

**Jelölje meg az alábbi megfelelő mezőket.**

Nincsen további kérdésem.

Kérem a kezelés végrehajtását.

NEM kérem a kezelés végrehajtását.

**Penicillin allergiám NINCS.**

**Penicillin allergiám VAN.**

Aláírással igazolom, hogy a fenti tájékoztatót elolvastam és megértettem, az abban foglaltakkal egyetértek.

Dátum:

.....  
aláírás