

Tájékoztató fogászati kezelések kockázatairól

Név:		TAJ:	
Szül.idő:			
Lakcím:			
Telefon:		E-mail:	

Kérem, feltétlenül olvassa el az alábbi tájékoztatót és a kockázatok megismerését követően, amennyiben egyetért a kezelési tervvel, a kezelés megkezdése előtt **aláírásával igazolja beleegyezését!**

Érzéstelenítés: rövid idejű fájdalom, átmeneti anaemiás folt az arcon, szívdobogás, vérömleny keletkezése, allergiás reakció, várt hatás elmaradásakor ismételt érzéstelenítés, tú betörés, sokk, ájulás.

Fogkő eltávolítás: nyálkahártya sérülése, aspiratio, krónikus fogágybetegség esetén a fogak elvesztése (szakszerű és rendszeres kezelés ellenére is).

Tömés: lágyszövetek sérülése, elvékonyodott zománcrések letörése, fogtörés, fogelhalás (szükségszerű gyökérkezelés).

Gyökérkezelés: aspiratio, utófájdalom, duzzanat, fogtörés, tú betörése, anatómiai okok (szűk, görbe csatorna) vagy régi és elégtelen gyökértömés miatti műtéti resectio illetve esetleges fogeltávolítás, antibiotikumok szedése.

Fogeltávolítás: utófájdalom, gyulladás, duzzanat, bevérzés, arcüreg megnyílása, alsó állkapocs idegsérülése, nem szűnő vérzés, állcsonttörés, szomszédos fogak sérülése, antibiotikum szedése.

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

Kivehető fogpótlás: lenyomatvételi nehézségek, műanyaggal szemben fellépő allergiás reakció, nyálkahártya sérülése.

Fogfehérítés: nyálkahártya felmaródása, allergiás reakció, átmeneti fognyaki érzékenység.

Felhívom figyelmét arra, hogy a fenti kezelések nagy része többfázisú kezeléssorozat. Nagyon fontos, hogy a meghatározott időpontokban jelenjen meg, mert csak így garantálható a kezelés sikeressége. Amennyiben megszakítja a kezelést, nem tudunk felelősséget vállalni a sikeres gyógyulásáért.

További, bővebb felvilágosítást a beavatkozás előtt minden esetben kérhet. Megfelelő szájhigiénia, félévenkénti rendszeres kontroll esetén garanciát vállalunk!

Vecsés,

A felvilágosítást adó orvos aláírása:

A beteg, vagy törvényes képviselő aláírása (1):

(1) cselekvőképesség hiányában, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

Törvényes képviselő neve:

Lakcíme, elérhetősége.