	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT **Gyökércsúcs csonkolás végzéséhez** **ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, SZÁJSEBÉSZETI OSZTÁLY** **8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500**	**BNY-ZMK-SZS-10.** **Verziószám: 1**

Betegadatok

Beteg neve:	#!NEV;	**TAJ szám:**	#!TAJ;
Anyja neve:	#!BANYJANEVE;	**Születési idő:**	#!SZULIDO;

Cselekvőképtelenség esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai (név, szül.idő, anyja neve, lakcím):

……

Rokonsági foka :

a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában
b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes
- ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában
- bb) gyermeke, ennek hiányában
- bc) szülője, ennek hiányában
- bd) testvére, ennek hiányában
- be) unokája

c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes
- ca) gyermeke, ennek hiányában
- cb) szülője, ennek hiányában
- cc) testvére, ennek hiányában
- cd) nagyszülője, ennek hiányában
- ce) unokája

Betegség megnevezése: Cysta rad. (gyökércsúcs körüli cysta).

Beavatkozás megnevezése: sebészi feltárás, cysta eltávolítás.

Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:

Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének,ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:
Bevérzés, a seb szétválása, átmeneti zsibbadás, foglazulás**.**
Beavatkozás elmaradása esetén: csonthártyagyulladás, phlegmone, a gyökérkezelés ismétlése bizonyos esetben, gennyes gyulladás.
A műtéttel a fog megtartását garantálni nem lehet, mivel a betegség a fog fertőzött gyökércsatornáján keresztül bejutott baktériumok miatt alakul ki, melyek teljes eltávolítása a gyökértömés készítésével teljes biztonsággal nem lehetséges. A fog szervezeten belül nem sterilizálható.

Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: -

Az ellátás folyamata és várható kimenetele: A szájüreg felol nyálkahártyán és csonton végzett beavatkozás, amely során a fog gyökéri csúcsi része eltávolításra kerül. A sebet varrattal zárjuk.

A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló általában spontán szűnő panaszok: fájdalom, arcduzzanat, szövetközti bevérzés.

A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése: gyulladás, idegsérülés, szomszédos fog sérülése, arcüreg megnyílása. Többszörös kiújulás esetén a fog eltávolítása. Kezelésük szakma szabályai szerint.
A műtét során ritkán, sajnálatos módon a leggondosabb eljárás alkalmazása mellett is előfordulhatnak égések a bőrfelületen az elektródák által lefedett területen, melyek a használt orvostechnikai eszközök működése közbeni váratlan esemény miatt vagy az alkalmazott kémiai anyagok, izolálás, ragasztóanyagok, kötszer által okozott irritációból erednek.

A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT **Gyökércsúcs csonkolás végzéséhez** **ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, SZÁJSEBÉSZETI OSZTÁLY** **8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500**	**BNY-ZMK-SZS-10.** **Verziószám: 1**

A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

Felhatalmazom kezelő orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a műtétet / beavatkozást a szükséges mértékben, gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék / megváltoztassák, kivéve: ….....

Tudomásul veszem, hogy a műtét / beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti betegtájékoztatót

Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

1. A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Zalaegerszeg, ……..

…….	……..
tájékoztatást adó orvos	beteg vagy törvényes képviselő
neve aláírása, pecsétszáma, pecsétje	vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT **Gyökércsúcs csonkolás végzéséhez** ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, SZÁJSEBÉSZETI OSZTÁLY 8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-SZS-10. Verziószám: 1

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

…….. ……
1. tanú (név, lakcím) 2. tanú (név, lakcím)

2. Beavatkozás visszautasítása:

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén, együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

……..
……..

Figyelmeztetés! *Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetén* ***nem utasítható vissza*** *az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be.*

Zalaegerszeg, ……..

……. ……..
tájékoztatást adó orvos beteg vagy törvényes képviselő
neve aláírása, pecsétszáma, pecsétje vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

…….. ……
1. tanú (név, lakcím) 2. tanú (név, lakcím)

3. Tájékoztatásról való lemondás:

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.

Helyettem tájékoztassák: ……

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

……..
……..

Zalaegerszeg, ……..

……. ……..
tájékoztatást adó orvos beteg vagy törvényes képviselő
neve aláírása, pecsétszáma, pecsétje vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

…….. ……
1. tanú (név, lakcím) 2. tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!