

| Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet<br>Formanyomtatvány |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>EL4.3-F1f</b>                                                 | <b>Betegtájékoztató és Beleegyező nyilatkozat fogsabályozásba</b> |

A gyermek neve: ..... Szül.idő: .....

Anyja neve: ..... TAJ száma:.....

A szülő/törvényes képviselő neve:.....

Lakcíme:.....

.....

**Felhívjuk Betegeink és törvényes képviselőik figyelmét arra, hogy a fogsabályozó kezelés több évig tart, komoly együttműködést és időráfordítást igényel.**

- 1.) Az orvos a rendelkezésre álló adatok alapján (gipszminta, röntgenfelvételek: panoráma, tele, stb.) a kezelés megkezdése előtt kezelési tervet állít össze. A kezelési terv, a kezelés folyamán az elért eredmény, illetve a páciens együttműködésének függvényében változhat.
- 2.) A fogsabályozó készülékeknek kivehető és beragasztott változatai vannak. Az adott fogazati eltérés alapján a kezelőorvos dönti el, hogy melyik kerül alkalmazásra az adott beteg esetében. Az eredményes fogsabályozó kezelés érdekében bizonyos maradó fogak eltávolítására is szükség lehet esetenként.
- 3.) Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban OEP) a páciens 18. életévének betöltése előtt elkezdett fogsabályozó kezelések esetén a készüléket támogatja, melynek kihordási ideje törvényben rögzített.
  - A páciens/szülő a jelen okirat aláírásával kijelenti, hogy az előírt kihordási időn belül OEP által támogatott fogsabályozó készüléket nem vett át, továbbá, hogy
  - a Támogatott részen kívüli, de a kezelés folytatásához szükséges eszközöket a páciens/szülő teljes áron megvásárolja, valamint tudomásul veszi, hogy
  - a beragasztott készülék elemei egyszer használatosak, így bármely elem megsérülése, illetve elvesztése esetén azokat pótolni kell, melynek költségei a páciens/szülőt terhelik.
- 4.) A kezelés csak a fogsabályozó készülék térítési díjának befizetése és a segédanyagok megvásárlása után kezdődik el.
- 5.) A páciens/szülő a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg meghatalmazza a kezelőorvost, hogy a kezeléssel kapcsolatban helyette, és nevében az OEP és a fogtechnikai labor felé, teljes joggal, aláírási és nyilatkozattételi joggal, eljárjon.
- 6.) A fogsabályozó kezelésnek lehetnek kockázatai, és előre nem látható mellékhatásai. A készülék viselésekor a fogszuvasodási hajlam fokozódik. Átmeneti fájdalom léphet fel. A kezelés során a fogak meglazulnak, a kezelés befejezése után új helyükön szilárdulnak meg. Kisebb vagy közepes mértékű gyökérfelszívódás létre jöhet. Az állkapocsízület nem mindig alkalmazkodik az új helyzethez ezért ízületi fájdalom, kattogás is felléphet időlegesen, vagy véglegesen. A beragasztott készülék eltávolításkor a fogzománc megsérülhet.
- 7.) A kezelés során fellépő bármilyen panasz esetén a páciens köteles az orvost haladéktalanul felkeresni. Ennek elmulasztása esetén minden, esetleges szövődmény kialakulásáért az orvost felelősség nem terheli.
- 8.) A páciens köteles, az orvos által megjelölt időpontban, ellenőrző vizsgálaton megjelenni, és a kezelési utasításokat betartani.  
A kontrollidőpontok elmulasztása, illetve a kezelési utasítások be nem tartása a teljes kezelési idő meghosszabbodását eredményezheti, valamint a nem kívánt, káros fogmozgásokhoz vezethet.

|                 |                                              |               |               |
|-----------------|----------------------------------------------|---------------|---------------|
| Dokumentum kód: | EL4.3-F1f                                    | Oldalszám:    | 1./2          |
| Változat szám:  | 1.                                           |               |               |
| Állomány név:   | !mindenkinek!/Formanyomtatványok/EL4.3-F1f-1 | Érvénybe lép: | 2016. 04. 15. |

| Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet<br>Formanyomtatvány |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>EL4.3-F1f</b>                                                 | <b>Betegtájékoztató és Beleegyező nyilatkozat fogszabályozásba</b> |

- 9.) A fogszabályozó kezelés eredményességéhez a felek szoros együttműködése szükséges. Amennyiben a páciens/szülő együttműködése nem megfelelő, akkor a károsodások elkerülése érdekében, az orvos kezdeményezheti a kezelés átmeneti vagy végleges megszakítását. Nem megfelelő együttműködésnek minősül például, a kezelési időpontok elmulasztása. Féléven túli igazolatlan távolmaradás esetén újra beutalót kell hozni az alapellátásból. Amennyiben a páciens a készüléket nem viseli, vagy nem az orvos utasításainak megfelelően hordja, vagy a készüléket a páciens megváltoztatja, a kezelés, a kezelőorvos részéről megszakítható.
- 10.) Amennyiben a páciens/szülő a kezelés megszakítását kezdeményezi, tudomásul veszi, hogy a be nem fejezett kezeléssel elért állapot rosszabb lehet, mint a kiindulási volt. A szülő/gondviselő írásban kérheti a készülék eltávolítását, ami az ő felelősségét vonja maga után.
- 11.) A kezelés alatti szájhigiénia fenntartása fogszabályozás során különleges jelentőséggel bír. Javasolt a minden étkezés utáni, és a kontrollok előtti fogmosás. Amennyiben a szájhigiénia hiányos, fogszuvasodás, és ínygyulladás (károsodások) léphetnek fel, következményük akár nem tervezett fog elvesztés is lehet.
- 12.) A beragasztott fogszabályozó készülék eltávolítása után, az eredmény megtartása érdekében kivethető és / vagy rögzített retenciós készüléket kell hordani.
- 13.) Tudomásul veszem, hogy a fogszabályozó kezeléssel az archarmónia is módosulhat.
- 14.) Hozzájárulok ahhoz, hogy a kezelés diagnosztikai adatait –bele értve a kezelés előtti, alatti és végi röntgenfelvételeket- felhasználják konzultációs, oktatási és kutatási célokra, szakmai újságokban közölt cikkekben, de olyan személyes információk nélkül, amelyekkel gyermekem (személyem) azonosítani lehetne, és azzal a kikötéssel, hogy személye(m) nem válik felismerhetővé.  
Abban az esetben, ha az adatok jellege olyan, hogy annak dokumentációja során a gyermek (saját) személye(m) felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.
- 15.) Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi képzésben részt vevő hallgatók képzettségi szintjüknek megfelelően, szakmai felügyelet mellett részt vehetnek az ellátásban.

#### **Ebbe beleegyezem**

#### **Nem egyezem bele**

- 16.) Kijelentem, hogy a fentebb leírt beavatkozásról, annak lefolyásáról kellő tájékoztatást kaptam, esetleges kérdéseimet a kezelőorvos megválaszolta.
- 17.) Kijelentem, hogy valamennyi olyan fontos információt megosztottam a kezelőorvossal, mely gyermekem egészségi állapotára, korábbi és esetleges meglévő betegségeire, gyógyszerérzékenységére, allergiáira, korábbi műtéteire vonatkoznak.
- 18.) Kijelentem, hogy a mai napon a fent nevezett gyermek törvényes képviselője vagyok, a szülői felügyeleti jogom felfüggesztve/ korlátozva/ megszüntetve nincs.

Budapest,.....

.....  
a gyermek törvényes képviselője,  
illetve a szülői felügyeleti jogot gyakorló személy aláírása

.....  
az orvos aláírása

PH

.....  
a gyermek aláírása (16 év felett)

.....  
1. tanú

.....  
2. tanú

|                 |                                              |               |               |
|-----------------|----------------------------------------------|---------------|---------------|
| Dokumentum kód: | EL4.3-F1f                                    | Oldalszám:    | 2./2          |
| Változat szám:  | 1.                                           |               |               |
| Állomány név:   | !mindenkinek!/Formanyomtatványok/EL4.3-F1f-1 | Érvénybe lép: | 2016. 04. 15. |