



BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT „A parodontium megbetegedéseinek ellátása/Plakk okozta gingivitis” című protokollhoz

Az ínygyulladást és fogágy gyulladást a szájban élő, a fogak felszínére tartósan kitapadt baktériumok, az úgynevezett plakk okozza. Ön most részt fog venni olyan íny- és fogágy-kezelés sorozatban, amelyben kisebb műtéti beavatkozásokra is sor kerülhet. Ezek a kezelések az Ön számára semmilyen veszélyt nem jelentenek, de a kezeléseket követően átmenetileg a megtisztított fogak hidegre és fogmosásra érzékenyvé válhatnak. Mivel a fogágy-betegség bakteriális fertőzés, ezért szükség lehet antibiotikum adására is. Az antibiotikus kezelésben már évek óta kipróbált és hazánkban is széles körben alkalmazott gyógyszereket alkalmazzuk, amelyek a patikában, orvosi vényre kapható. Az alkalmazott kezelésben és a kiválasztandó gyógyszerek összetételében meghatározó, hogy Ön a jelentkezéskor feltett kérdésekre mennyire pontosan és a valóságnak megfelelően válaszol, különösen figyelve a gyógyszerallergiára, vérzékenységi állapotokra vagy szív keringési betegségekre.

Az első vizit alkalmával fogorvosa az általános egészségügyi állapotával kapcsolatban még több kérdést tehet fel Önnek. Ezt követően orvosa alaposan megvizsgálja a szájüregét, hogy meggyőződjön arról, hogy ínypanaszai mellett vannak-e egyéb fogászati vagy szájnyalvákahártya elváltozásai is.

Először a fogait alaposan le fogjuk tisztítani, hogy eltávolítsuk az íny feletti bakteriális lepedéket és fogkövet, amely alapvetően felelőssé tehető az egész fogágy-gyulladásért. Majd elvégezzük az íny alatti fogfelszínnek tökéletes letisztítását és az ínytasakok kikaparását (kürett). Ezt követően el kell sajátítania a helyes fogmosás szabályait. Tartós eredmény csak akkor érhető el, ha Ön otthon, az általunk ajánlott fogkefével a megtanult technikával és gyakorisággal mossa fogait. **Ha nem tud javítani otthoni fogmosási technikáján, akkor nagyobb parodontális műtéti beavatkozások vagy egyéb helyreállító kezelések sikerrel nem alkalmazhatók.**

Ínytasak műtétet helyi érzéstelenítésben, ambuláns körülmények között végezzük. A műtét után számíthat kisebb-nagyobb fájdalomra, íny vagy arcduzzanatra. Ezek a műtétet követő 3-4 napon belül elmúlnak. Sokkal kisebb a műtét utáni komplikációk veszélye, ha a műtét után is tökéletes szájhigiénéért tart fenn és a korábban már elsajátított módszerekkel mossa, tisztítja fogait. A műtéti területet éppen akkor kíméli, ha rendszeresen tisztán tartja és nem hagyja ismételtelen befertőződni. A műtét egyik legfontosabb célja, hogy a mély ínytasakokat megszüntesse. Ez sokszor azzal jár együtt, hogy a műtét után a fognyak kisebb-nagyobb mértékben (az eredeti tasakmélységtől függően) szabadabbá válik. A szabadabbá vált felszín hőre kezdetben érzékeny lehet. Ezt azonban kezelni lehet és az érzékenység a legtöbb esetben spontán is megszűnik.

Az alkalmazott antibiotikumnak is lehet mellékhatása. Ha Ön bármilyen kellemetlen mellékhatást, vagy bármilyen utóhatást észlel, mely kapcsolatba lehet a kezeléssel, azonnal forduljon a fogorvosához.

Azt nem tudjuk garantálni, hogy a kezelés azonnali gyógyulást fog eredményezni. Azonban az alkalmazott kezelés-sorozat a ma elfogadott egyik leghatásosabb kezelése az ínygyulladásnak és a súlyos, pusztító fogágy-betegségnek. Ez képes megállítani az Ön szájában is a fogmeder-csont további pusztulását és a fogai megszilárdulását eredményezni.

Amennyiben aláírja a Beleegyzési Nyilatkozatot, ezzel kinyilvánítja, hogy részt kíván venni a kezelésben. Kijelenti, hogy elolvasta a Betegtájékoztatót, és volt alkalma kérdéseket feltenni és ezekre a kérdésekre megnyugtató és kielégítő válaszokat kapott orvosától. Önnek bármikor joga van megszakítani a kezelést.



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (név, születési dátum, anyja neve):

.....
.....

Szóbeli tájékoztatást kaptam a fenti vizsgálatról és kezelésekről, elolvastam a mellékelt betegtájékoztatót. Lehetőségem volt a kapott információkat megbeszélni, kérdéseket feltenni.

Kijelentem, hogy eltitkolt betegségem nincs, egészségi állapotomról részletes tájékoztatást adtam kezelőorvosomnak.

Beleegyezem a kezelésben való részvételbe és részvételem teljesen önkéntes.

Megértettem és tudomásul vettem, hogy beleegyezésemet bármikor, indoklás nélkül visszavonhatom, és ez nem befolyásolja későbbi ellátásomat. Ebben az esetben a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyulás eredményének alakulásáért kezelő orvosomat mindennemű felelősség alól felmentem.

Szombathely, 20.....

.....
a beteg aláírása, vagy
a törvényes képviselő aláírása
(cselekvőképzetlenség vagy korlátozott cselekvő
képesség, ill. 18 éven aluliak esetében)

.....
az orvos aláírása