



Beleegyző nyilatkozat invazív fogorvosi beavatkozásokhoz

Név:		TAJ:	
Kartonszám::			

Alulírott beleegyezem, hogy Dr. Ackermann Gábor kezelőorvosom a szóban egyeztetett fogamat eltávolítsa, szájszészeti műtétet végezzen rajtam, implantációs beavatkozást végezzen. A foghúzás, a szájszészeti műtét, implantáció és érzéstelenítés kockázatairól és esetleges szövődményeiről a tájékoztatást megkaptam és megértettem. Nyilatkozom, hogy biszfoszfonát tartalmú gyógyszert (csontritkulásra, daganatok kezelésére szokták adni) nem szedek és nem szedtem.

Kijelentem, hogy **semmilyen véralvadást befolyásoló szert nem szedek**. Kezelőorvosomat létező betegségeimről, allergiámról tájékoztattam.

A beavatkozás utáni teendőkről az utasításokat megkaptam.

Betegségem természetéről, a gyógyításomra javasolt beavatkozásról, annak következményeiről, és a lehetséges gyakoribb szövődményeiről a felvilágosítást megkaptam és megértettem. Megismertem az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárások előnyeit és hátrányait. Szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, melyeket megértettem, több kérdésem nincs.

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek a kezelést illetően. Tudomásul veszem, hogy szakszerű és gondos beavatkozás esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Kérem a beavatkozás elvégzését.

Budapest, 2022.

.....
Beteg/törvényes képviselő(I) aláírása

.....
Dr. Ackermann Gábor

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

Törvényes képviselő neve:

Lakcíme, elérhetősége.