Rendelő / bélyegző

Egészségügyi kérdőív és beleegyező nyilatkozat fogászati kezeléshez

Az ügyfél adatai

Név

Születési dátum

Telefon

Dátum

A PÁCIENS EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍVE / BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT FOGÁSZATI KEZELÉSHEZ

Fontos ellenjavallatok – a beavatkozás előtt feltétlenül tájékoztassa a fogorvost

- Biszfoszfonát-kezelés (az állcsontelhalás kockázata miatt ezt FELTÉTLENÜL jelezze!)
- Szívritmus-szabályozó (pacemaker) vagy műbillentyű
- Hemofília vagy más véralvadási zavar
- Várandósság (különösen az első és a harmadik trimeszterben – az érzéstelenítés fokozott óvatosságot igényel)
- Lidokain- vagy artikainallergia (helyi érzéstelenítők)
- Aktív herpesz a szájüregben vagy a száj környékén
- Véralvadásgátló vagy vérlemezke-gátló gyógyszer szedése (pl. acetilszalicilsav, klopidogrél, acenokumarol / Syncumar, warfarin / Marfarin, rivaroxabán, apixabán)
- Szívinfarktus vagy stroke az elmúlt 6 hónapban
- Autoimmun betegség (pl. reumatoid artritis, Sjögren-szindróma)

EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV – kitöltése kötelező. Kérjük, minden kérdésre őszintén válaszoljon: az egészségügyi információk elhallgatása veszélyeztetheti az Ön egészségét és életét.

Van-e szívbetegsége (pl. szívinfarktus, magas vérnyomás, szívbillentyűhiba, koszorúér-betegség), illetve volt-e szívinfarktusa vagy stroke-ja az elmúlt 6 hónapban? ☐ Igen ☐ Nem

Van-e szívritmus-szabályozója (pacemakere) vagy műbillentyűje? ☐ Igen ☐ Nem

Van-e vérbetegsége (pl. vérszegénység, hemofília, véralvadási zavar)? ☐ Igen ☐ Nem

Van-e cukorbetegsége, pajzsmirigybetegsége vagy asztmája? ☐ Igen ☐ Nem

Van-e fertőző betegsége (pl. hepatitis B vagy C, HIV-fertőzés, tuberkulózis)? ☐ Igen ☐ Nem

Várandós-e jelenleg? ☐ Igen ☐ Nem

Ha IGEN – a terhesség hányadik hetében jár?

Gyógyszer-, latex- vagy fémallergia (kérjük, nevezze meg, vagy írja be: NINCS)

Szed-e véralvadásgátló vagy vérlemezke-gátló gyógyszert (pl. acetilszalicilsav, klopidogrél, acenokumarol / Syncumar, warfarin / Marfarin, rivaroxabán, apixabán)? ☐ Igen ☐ Nem

☐ CSONTRITKULÁS / biszfoszfonát-kezelés (jelenleg vagy korábban)? Elhallgatása az állcsontelhalás kockázatával jár!

Volt-e már allergiás reakciója helyi érzéstelenítésre? ☐ Igen ☐ Nem

Rendszeresen szedett gyógyszerei

BELEEGYEZÉS A KEZELÉSBE – Tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a szájüreg vizsgálatához, a helyi érzéstelenítéshez, a röntgendiagnosztikához és a javasolt fogászati kezelési terv elvégzéséhez. A fogorvos számomra érthető módon, személyre szabottan tájékoztatott a tervezett beavatkozás jellegéről és menetéről, elvégzésének és elmaradásának várható előnyeiről és kockázatairól, a lehetséges szövődményekről, az alternatív kezelési lehetőségekről, a várható eredményről és a becsült költségekről; lehetőségem volt kérdéseket feltenni, és azokra érthető választ kaptam – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 13. §-ában foglaltaknak megfelelően. Tudomásul veszem, hogy beleegyezésemet bármikor visszavonhatom (Eütv. 15. § (6) bekezdés). Tudomásul veszem, hogy kiskorú páciens esetén a beleegyezést a törvényes képviselő adja meg, a kiskorú véleményét pedig a szakmailag lehetséges mértékben figyelembe kell venni (Eütv. 16. §). Az általam megadott egészségügyi adatok a valóságnak megfelelnek.

☐ *Hozzájárulok a javasolt röntgenfelvételek elkészítéséhez. Tájékoztattak arról, hogy a diagnosztikai célú röntgenfelvétel ionizáló sugárzást alkalmaz, ami csekély egészségügyi kockázattal jár.*

☐ *Tájékoztatáson alapuló, írásbeli beleegyezésemet adom a fogászati beavatkozás elvégzéséhez és a helyi érzéstelenítéshez (Eütv. 15. § (5) bekezdés)*

☐ *Megerősítem, hogy elolvastam az ebben a dokumentumban szereplő tájékoztatást egészségügyi adataim diagnosztikai és gyógykezelési célú kezeléséről*

A kapcsolattartási adatok megadása a kezelési terv zavartalan megvalósításához szükséges. A rendelő gyógykezelési és szervezési célból (pl. időpont-egyeztetés, kontrollvizsgálat) felveheti Önnel a kapcsolatot. Ennek jogalapja a GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja; egészségügyi adatai kezelésének jogalapja a GDPR 9. cikk (2) bekezdés h) pontja, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eüak.). Az egészségügyi dokumentációt az Eüak. 30. § (1) bekezdése alapján az adatfelvételtől számított legalább 30 évig megőrizzük.

☐ *Hozzájárulok, hogy a rendelő a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről szóló 2008. évi XLVIII. törvény (Grt.) 6. §-a alapján marketingcélú megkereséseket küldjön számomra (hírlevél, megelőzési programok, akciók). A hozzájárulás önkéntes, és bármikor visszavonható.*

ADATVÉDELMI NYILATKOZAT – Megerősítem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy adataim kezelője (adatkezelő): _____, székhely: _____, adószám: _____. Egészségügyi adataimat a rendelő a diagnózis felállítása és a kezelés, vagyis egészségügyi ellátásom céljából, titoktartási kötelezettség mellett kezeli (GDPR 9. cikk (2) bekezdés h) pont, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eüak.)). Az egészségügyi dokumentációt az Eüak. 30. § (1) bekezdése alapján az adatfelvételtől számított legalább 30 évig őrzik meg; a képalkotó diagnosztikai eljárással (például röntgennel) készült felvételt az Eüak. 30. § (2) bekezdése szerint a készítésétől számított 10 évig, az arról készült leletet 30 évig. Adataimhoz a rendelőn kívül csak a megbízásából eljáró adatfeldolgozók (például informatikai és tárhelyszolgáltatók) férhetnek hozzá, szerződésben vállalt titoktartási és adatbiztonsági kötelezettség mellett. Jogom van adataimhoz hozzáférni, kérni azok helyesbítését és kezelésük korlátozását; a törlés joga nem terjed ki arra az egészségügyi dokumentációra, amelynek megőrzésére a rendelőt jogszabály kötelezi. Panaszt a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál (NAIH, 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11., www.naih.hu) tehetek, és bírósághoz fordulhatok (a per az érintett lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindítható). Magyarországon a GDPR-t az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.) egészíti ki.

Dátum

A páciens vagy törvényes képviselőjének aláírása (egészségügyi kérdőív, beleegyezés a kezelésbe, adatkezelési tájékoztató)

Ápolási útmutató foghúzás vagy szájsebészeti beavatkozás után

TEENDŐK FOGHÚZÁS / SZÁJSEBÉSZETI BEAVATKOZÁS UTÁN – Kérjük, olvassa el, és minden pontot igazoljon. Ha nem tartja be az útmutatót, szövődmény alakulhat ki, amely miatt ismét fel kell keresnie a rendelőt.

1. TAMPON: A sebre helyezett tampont 30–40 percig tartsa erősen összeharapva, és ne köpje ki. Néhány órán át enyhe szivárgó vérzés normális. Ha a vérzés 1 óránál tovább tart, harapjon rá egy új tamponra, és vegye fel a kapcsolatot a rendelővel.

☐ Megértettem, hogyan kell a tampont összeharapni, és tudom, mikor kell a rendelőhöz fordulnom

2. ÉTKEZÉS: 2 óráig (az érzéstelenítés elmúlásáig) ne egyen és ne igyon. 24 órán át hideg, puha ételeket fogyasszon (pl. joghurt, kihűlt leves). Kerülje a forró italokat.

☐ Vállalom, hogy a beavatkozás után 2 óráig nem eszem, és 24 órán át hideg, puha ételeket fogyasztok

3. SZIGORÚAN TILOS 24–48 órán át: a dohányzás, a szívószálas ivás, a megerőltető fizikai aktivitás és az erőteljes szájöblögetés. Ezek bármelyike száraz fogmedergyulladást (alveolitis) okozhat – ez rendkívül fájdalmas állapot, amely ismételt ellátást igényel.

☐ Megértettem, és vállalom, hogy legalább 24 órán át semmiképpen nem dohányzom, nem iszom szívószállal, és kerülöm a megerőltető fizikai aktivitást

4. SZÁJHIGIÉNIA: Mosson fogat a szokásos módon, de a beavatkozás helyét hagyja ki. Másnaptól étkezés után óvatosan öblögessen langyos sós vízzel. Kerülje az alkoholtartalmú szájvizeket.

☐ Megértettem, hogyan mossak fogat és öblögessek a szájsebészeti beavatkozás után

5. GYÓGYSZEREK: A fájdalomcsillapítót, illetve az antibiotikumot a fogorvos utasítása szerint szedje. Fájdalomcsillapításra ne használjon acetilszalicilsav-tartalmú készítményt, mert fokozza a vérzést. Ha a fájdalom a 3. nap után erősödik, haladéktalanul forduljon a rendelőhöz.

☐ A gyógyszereket az utasítás szerint szedem, és a rendelőhöz fordulok, ha a fájdalom a 3. nap után erősödik

Dátum

A páciens vagy törvényes képviselőjének aláírása (a foghúzás utáni ápolási útmutató átvétele)