

A gyökérkezelés menetére vonatkozó tájékoztató és beleegyező nyilatkozat

Név _____ TAJ szám _____

Lakcím _____ Kezelőorvos _____

Kezelendő fog(ak) száma _____

Kedves Páciensünk!

Önnél a(z) _____ fog esetében a következő kóros elváltozást állapítottuk meg, ami a fog megtartása érdekében gyökérkezelést tesz szükségessé:

- a fogpulpa (= fogideg) gyulladása
- a fogpulpa nekrózisa (= elhalt fogideg)
- apikális periodontitis (= gyökércsúcs körüli gyulladás)
- korábbi inkomplett gyökértömés (= nem megfelelő minőségű gyökértömés)
- baleset következtében destruálódott fogkorona, a fog idegi rendszerének megnyílása, sérülése
- egyéb _____

A kezelés rövid ismertetése

A gyökérkezelés során a megbetegedett szöveteket eltávolítjuk, a gyökércsatorna-rendszert feltágítjuk. A kezelés során több röntgenfelvétel készítése is szükséges. Speciális antibakteriális eljárásokkal csökkentjük a fog megbetegedését okozó baktériumok mennyiségét. Végezetül a gyökércsatornába gyökértömő anyagot helyezünk, majd a fogat fogszínű tömással látjuk el. A gyökérkezelés általában több alkalmat vesz igénybe.

Ezzel az eljárással a fog nagy valószínűséggel hosszú időre megmenthetővé, illetve adott esetben pillérfogként fogpótlási célra felhasználhatóvá válik.

Komplikációk, szövődmények:

- a panaszok fennmaradása, esetleg rosszabbodása
- a fog törése
- idegen test, tömőanyag, átöblítő folyadék gyökércsúcs körüli részbe jutása
- tágitó műszerek törése
- a gyökércsatorna-rendszer feltágításának és fertőtlenítésének korlátozott lehetősége
- a fog perforációja
- allergiás reakció a felhasznált anyagokra
- idegen test (pl. műszer) aspirációja
- a gyökércsatornában álút kialakulása



Az esetek egy részében a panaszok kiújulhatnak és szükség lehet későbbi sebészi ellátásra. (gyökércsúcsamputáció/gyökércsúcs rezekció.)

A gyökérkezelt fog végső kezeléséről csak a korábbi helyreállítások (p. korona) és szuvasodás, valamint a régi gyökértömések eltávolítása után tudunk végleges döntést hozni.

A kezelés megkezdése után, majd ezt követően a fog eltávolítására is sor kerülhet. Amennyiben erre sor kerül, az addig befizetett összeget nem áll módunkban visszatéríteni.

A gyökérkezelés nem tekinthető véglegesen befejezettnek, ameddig egy jó minőségű koronai helyreállítás (inay, onlay, overlay, korona) nem követi.

A tervezett beavatkozás elmaradásának várható következményei

Fájdalom, gyulladás progressziója, gyökér tályog, gyökér cysta, fog meglazulása, hőemelkedés, szekunder infekció (másodlagos fog elvesztés).

A gyökérkezelés alternatív terápiája

A fog eltávolítása, mely a fog későbbi pótlását teszi szükségessé. A nem pótoltt fogak a harapási viszonyok felborulását eredményezhetik, a hiányhoz közel eső fogak elongálódhatnak, bedőlhetnek, valamint az állcsont leépülhet az érintett területen, mely a későbbi fogpótlási eljárásokat megnehezítheti.

Garancia

A gyökérkezelés eredményére és a gyökértömésre garancia nem vonatkozik, csak a koronai helyreállításra. A gyökérkezelés minden esetben csupán a fog megtartására tett kísérletet jelenti, ennek sikerességére garanciák nem adhatók. A kezelés sikertelensége esetén sor kerülhet a fog eltávolítására is.

Utógondozás

A gyökércsúcs tájékának hűtése, gyógyszerek ajánlat szerinti szedése (pl. antibiotikum terápia), az érintett terület kímélése étkezéskor, végleges koronai helyreállítás mihamarabbi elkészítése (vissza-fertőzés megakadályozása).



Nyilatkozat

Kezelőorvosom, Dr. _____ az elvégzendő beavatkozás menetéről, az esetleges szövődményekről, a kezelés elmaradásának várható következményeiről számomra részletes felvilágosítást adott.

Az általa javasolt műtétbe

☐ Beleegyezem

☐ Nem egyezem bele

Megjegyzés

Ezennel hozzájárulok ahhoz, hogy nálam/gyermekemnél gyökérkezelésre kerüljön sor, miután a fogorvos részéről kötelező tájékoztatás keretében kellő felvilágosítást kaptam a kezelés várható kimeneteléről, annak idővonzatáról, lehetséges kockázatairól, melyek megfelelő elővigyázatosság mellett is felléphetnek. Ugyanakkor a további terápiás lehetőségekről a felvilágosítást megkaptam. Egyéb kérdés a részemről nincs.

A gyökérkezelt fog várható élettartamára és a terápia sikerének becsült esélyeire vonatkozóan megfelelő tájékoztatást kaptam.

Mint páciens kijelentem, hogy a gyökérkezelésről és annak lehetséges rizikóiról kielégítő tájékoztatást kaptam, azokat tudomásul vettem, további kérdésem nincs. Mindezt aláírással is megerősítem.

Aláírással igazolom, hogy a fent felsorolt kockázati tényezőkkel tisztában vagyok, arról szóban és/vagy írásban tájékoztatást kaptam, lehetőségem volt kérdéseket feltenni, a kérdéseimre pedig kielégítő választ kaptam. A fogorvosom által javasolt kezelés(ek)be beleegyezem, fogorvosomat és az őt segítő munkatársakat a kezelés elvégzésére felhatalmazom.

Tájékoztatást kaptam a kezelés lehetséges alternatíváiról (amennyiben voltak), ezek következményeiről, beleértve a kezelés elmulasztását is.

A kezelésem költségéről szóban és / vagy írásban tájékoztatást kaptam.

Tájékoztatást kaptam arról, hogy a javasolt kezeléseket lehetőségem van elutasítani, és az azokhoz adott hozzájárulásomat a későbbiekben is visszavonhatom.

Dátum

Páciens
vagy törvényes képviselőjének aláírása

Fogorvos

