Beleegyező nyilatkozat

Név:……születési dátum:……TAJ:…….. jelen nyilatkozat aláírásával elismerem,hogy az alábbi kérdésekben a kezelőorvosomtól részletes tájékoztatást kaptam:

a) fogazatom állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is
b) a kezelőorvos által javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról;
c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól;
d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének időpontjáról;
e) az engem megillető döntési jogomról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében;
f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről;
g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről;
h) a további ellátásokról, valamint,
i) a megbetegedés elkerüléséhez, illetve a tünetek enyhítéséhez javasolt életmódról. Kijelentem, hogy a fogászati kezelésemről történő tájékoztatás során felmerülő egyéb kérdéseimre kezelőorvosomtól szóban is kimerítő, érthető választ, tájékoztatást kaptam a fogászati kezelésről és annak kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről. Az írásbeli felvilágosítást elolvastam és megértettem, azzal abban foglaltakkal egyetértek. Megértettem a kezelési módszerek előnyeit és hátrányait., és kijelentem, hogy több kérdésem nincs. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolják, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli. Pontos beszámolót adtam fizikai és szellemi egészségi állapotomról, semmit el nem titkoltam. Elmondtam minden korábbi allergiás, rendellenes reakciót, amit tapasztaltam. Amennyiben jelenleg kezelés alatt állok bármilyen egészségi probléma miatt, igazolom, hogy az ajánlott fogászati eljárást egészségügyi gondozómmal megbeszéltem és megkaptam a jóváhagyást ahhoz, hogy fogászati kezelésnek vessem alá magam. Vállalom a kezelőorvos által előírt szájhigiénés utasítások betartását és az elrendelt féléves szájhigiéniai és fogorvosi kontrollvizsgálatokat. Megértettem, hogy a garancia nem érvényes a következő esetekben:
   - szakszerűtlen használat és tárolás esetén;
   - otthon elv égzett javítási kisérletből származó károsodás esetén;
   - fogsor leejtése esetén;
   - az el nem végzett kezelésekre (pl. tömés vagy híd ekészítését követően fellépő pulpitiszes illetve egyéb gyulladások miatti gyökérkezelésre);
   - ha a páciens többszöri távolmaradása esetlegesen a kezelés újrakezdését indokolja, a fogíny és a csont természetes sorvadásának esetére;
   - olyan fémallergiás megbetegedések esetére, amely ismeretlen volt a kezelés

megkezdése előtt. Továbbá azt is megértettem, hogy a garancia csak befejezett, kifizetett kezelés sorozat után érvényesíthető, megszakított kezelésekre nem vehető igénybe. Tudomásul vettem, hogy amennyiben az előre lefoglalt időpontomon nem tudok megjelenni és azt 24 órával hamarabb nem mondom le, akkor 5.000 Ft-os készenléti díjat vagyok köteles fitzetni Egyebekben aláírásommal hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat (név, születési dátum, cím, email-cím, telefonszám, TAJ) és egészségügyi adataimat a Langer-medical Kft. a gyógyító-megelőző kezelés nyújtása; a velem való kapcsolattartás, azonosításom és az általam igénybe vett egészségügyi szolgáltatások azonosítása; statisztikák, elemzések készítése; és közvetlen üzletszerzési célú marketing megkeresések küldése céljából a vonatkozó jogszabályok szerint kezelje. Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat a Langer-medical Kft. Adatvédelmi és adatkezelési tájékoztatója tartalmazza, melynek hatályos szövegét módomban állt megismerni,8 a weboldalon és a rendelő várójában kifüggesztve hozzáférhető) Egyebekben jelen nyilatkozat aláírásával ahhoz is hozzájáru|ok, hogy a kezelés során a Langer-Medical Kft. fogazatomról fényképeket készítsen, és azt szeméíyes kartonomban a gyógyító-megelőző kezelés eredményesebb nyújtása érdekében kezelje. A kezelésembe való beleegyezésem jelen nyilatkozatommal a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől, mentesen adom, hozzájárulok és kifejezetten kérem, hogy rajtam az aktuális kezelési terv szerint a kezelést elvégezzék. Tudomásul veszem, hogy amenynyiben a kezelési terv a kezelés során módosul, úgy a módosított kezelési terv szerinti kezeléshez annak aláírásával -külön beleegyező nyilatkozat aláírása nélkül -jelen beleegyező nyilatkozattal hozzájárulok. A beleegyező nyilirtkozat egy példányát megkaptam, Előttünk mint tanúk előtt:

Dátum:

Aláírás :

1. Tanú neve:

Aláírása :

SZIG:

Tel.:

2. Tanú neve:

Aláírása:

SZIG:

Tel.: