

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat a fogszabályozó kezelés megkezdéséről

Kedves Páciens!

Köszönjük, hogy rendelónket választotta és megtisztelt minket bizalmával. Kérjük figyelmesen olvassa el a következő tájékoztatót majd töltsse ki a kérdőívet!

Önnek, illetve az Ön gyermekének fogszabályozó kezelésre van szüksége. A fogszabályozó kezeléssel az állcsontok növekedésének a befolyásolása, a hibás állású fogak helyzetének javítása történik. Ezáltal egy szebb és funkcióképesebb fogazatot és egy harmónikusabb arcot kapunk. A kezelés első lépése a kezelési terv készítése. Ehhez az alábbi diagnosztikus eszközökre van szükségünk:

- egy általános és egy fogászati anamnéziszre (lásd kérdőív).
- tanulmányi lenyomat mindkét fogívről
- panoráma röntgen (OP) , oldalirányú koponyafelvétel (teleröntgen)
- fotódokumentáció
- egyéb, szükség esetén CBCT felvétel
- adatkérőlap személyes adatok hozzájáruláson alapuló kezeléséhez

ANAMNÉZIS

Tájékozdódnunk kell a páciens általános egészségügyi állapotáról, korábbi fogászati kezeléseiről, szájhygiénés szokásairól, a fogazat kialakulását befolyásoló rossz szokásokról, allergiákról, fejen történt balesetokról, amelyek a kezelés menetét meghatározhatják, befolyásolhatják. A fogszabályozó kezelések általában egy évnél tovább tartanak, ez türelmet és kitartást igényel mind a páciens, mind a szülők részéről. A páciens motivációja nagyon fontos!

TANULMÁNYI LENYOMAT- MODELLANALÍZIS

A fogívek alakja, mérete egyes fogak helyzeti rendellenességei vizsgálhatók a mintán. A fogívszűkület mértéke, fogsorzáródási eltérések vizsgálatára is alkalmas.

OP FELVÉTEL

Általános tájékoztatást nyújt a meglévő fogak, csírák helyzetéről, előtörésükről, csirahiány(ok)ról, gyökerek helyzetéről, (felszívódás) csontállomány általános állapotáról, gyökérkezelt fogakról, izületről stb.

TELERÖNTGEN

Tájékozdódnunk az állcsontok koponyához és egymáshoz való viszonyáról, a frontfogak dőléséről, a növekedésről. Növekedés alatt állcsont-ortopédiai beavatkozással lehet befolyásolni a két állcsont helyzetét. A növekedés befejeződése után már csak kompenzációs kezelésre vagy állcsont műtéttel kombinált fogszabályozásra van lehetőség.

FOTÓDOKUMENTÁCIÓ

A fogak, fogsorok helyzetéről a fogsorzáródásról, az arc,- fog,- mosolyesztétikáról ad felvilágosítást.

A fogszabályozó kezelés megkezdése előtt a fogazatnak szanáltnak kell lennie.

Személyes információ	
Vezetéknév:	
Keresztnév:	
Születési dátum:	TAJ szám:
Cím:	

Telefonszám:		E-mail:			
Hogy került hozzánk?					
Fogorvos által	<input type="checkbox"/>				
Szájsebész által	<input type="checkbox"/>				
Barát, család által	<input type="checkbox"/>				
Internet	<input type="checkbox"/>				
Egyéb	<input type="checkbox"/>				
Mely betegségei voltak az alább felsoroltak közül?					
fertőző betegség	<input type="checkbox"/>	migrén	<input type="checkbox"/>	allergia	<input type="checkbox"/>
alvásprobléma	<input type="checkbox"/>	szívrendellenesség	<input type="checkbox"/>	vérnyomásprobléma	<input type="checkbox"/>
cukorbetegség	<input type="checkbox"/>	epilepsia	<input type="checkbox"/>	vesebetegség	<input type="checkbox"/>
Egyéb:	<input type="checkbox"/>				
Használ-e rendszeresen gyógyszereket?					
antibiotikum	<input type="checkbox"/>	szívgyógyszerek	<input type="checkbox"/>	insulin	<input type="checkbox"/>
fájdalomcsillapítók	<input type="checkbox"/>	nyugatók	<input type="checkbox"/>	altatók	<input type="checkbox"/>
fogamzásgátló	<input type="checkbox"/>	fogyasztószer	<input type="checkbox"/>	antidepresszáns	<input type="checkbox"/>
Egyéb:	<input type="checkbox"/>				
Allergiás-e a következőkre?					
latex	<input type="checkbox"/>	antibiotikum	<input type="checkbox"/>	fájdalomcsillapítók	<input type="checkbox"/>
nikkel/fém	<input type="checkbox"/>	Egyéb:	<input type="checkbox"/>		
Volt-e fül-orr- gégészeti kezelésen?					
nem	<input type="checkbox"/>	polipeltávolítás	<input type="checkbox"/>	mandulakivétel	<input type="checkbox"/>
Hogyan lélegzik?					
orrán	<input type="checkbox"/>	száján	<input type="checkbox"/>	horkol	<input type="checkbox"/>
Tinédzser korban van-e?					

Mutál/férfi	<input type="checkbox"/>	Mellei kifejlődtek-e /nő/	<input type="checkbox"/>	Menstruál-e /nő/	<input type="checkbox"/>
A páciens volt-e kórházban?					
Miért?	<input type="checkbox"/>				
Mi zavarja a fogával kapcsolatban?					
Előre álló fogak	<input type="checkbox"/>	Rossz harapás	<input type="checkbox"/>	Kiálló alsó fogsor	<input type="checkbox"/>
Hiányzó fogak	<input type="checkbox"/>	Mélyharapás	<input type="checkbox"/>	Torlódott fogak	<input type="checkbox"/>
Kicsi fogak	<input type="checkbox"/>	Nyitott harapás	<input type="checkbox"/>	Hézagos fogak	<input type="checkbox"/>
Egyes fogak helyzeti rendellenessége	<input type="checkbox"/>	Fájdalom	<input type="checkbox"/>	Egyéb:	<input type="checkbox"/>
Hogyan viszonyul a fogszabályzáshoz?					
akarom a kezelést	<input type="checkbox"/>	a fogorvosom küldött	<input type="checkbox"/>	szüleim javaslatára	<input type="checkbox"/>
szükségesnek érzem	<input type="checkbox"/>	nem akarom	<input type="checkbox"/>	Egyéb:	<input type="checkbox"/>
Az alábbi felsorolások közül, melyek fordulnak elő Önnél?					
dohányzás	<input type="checkbox"/>	fogcsikorgatás	<input type="checkbox"/>	beszédprobléma	<input type="checkbox"/>
heti fejfájás	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Volt-e a balesete az arcán?					
fogam letörött	<input type="checkbox"/>	kiesett a fogam	<input type="checkbox"/>	arccsont törésem volt	<input type="checkbox"/>
kimozdult a helyéről	<input type="checkbox"/>	fog visszaültetésem volt	<input type="checkbox"/>	Egyéb:	<input type="checkbox"/>
Ön szopja-e az ujját?					
igen	<input type="checkbox"/>	napközben	<input type="checkbox"/>	alváskor	<input type="checkbox"/>
korábban igen, most már nem	<input type="checkbox"/>	Egyéb:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Milyen gyakran mossa a fogát?					
ritkán	<input type="checkbox"/>	egyszer naponta	<input type="checkbox"/>	kétszer naponta	<input type="checkbox"/>
naponta többször	<input type="checkbox"/>	Egyéb:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Használ-e fogselymet?					
fogselymet	<input type="checkbox"/>	nem	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>

szájvizet		nem	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>
Volt-e korábban fogsabályozó kezelése?					
nem	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Volt-e logopédiai kezelése?					
nem	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Kezelő orvos neve?	<input type="checkbox"/>
Játszik-e hangszeren?					
nem	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Melyikhangszeren?	<input type="checkbox"/>
Sportol-e?					
nem	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Melyik sportot űzi?	<input type="checkbox"/>
A családban vannak-e hasonló problémák?					
nem	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Kinek?	<input type="checkbox"/>

Aláírással igazolom, hogy a kezelési terv készítéséhez szükséges beavatkozások elvégzését engedélyezem.

Debrecen, 2019.....

Dr. Gyurcsó Marianna

beteg/törvényes képviselő/