

MEGÁLLAPODÁS ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

fogászati beavatkozások, és fogpótlások elvégzésére

1. Alulírott megbízom az R'L' Dental Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaságot, hogy egészségügyi szolgáltatóként fogászati állapotomat kivizsgálja és betegségemet gyógyítsa. Elfogadom az általam választott vagy a Kft. által az ellátásomért felelősnek kijelölt orvost, dr.-t.

Tudomásul veszem, hogy szükség esetén kezelőorvosomat a Kft. bármely más orvosa helyettesítheti, illetőleg kezelőorvosom bármely más, a Kft.-nél tevékenykedő orvost a gyógyítással kapcsolatos konzultációba bevonhat.

2. Tudomásul veszem a Kft. mint megbízottam, illetve az orvos felé fennálló, a szolgáltatásának teljesítését elősegítő kötelezettségemet, ennek alapján a megfelelő gyógymód, illetve beavatkozás kiválasztása érdekében orvosommal együttműködöm, részére az általam érzett, avagy tapasztalt tünetekről, szervi jellegű észleléseimről a lehető legpontosabb tájékoztatást adok.

Az általam előadottak alapján a fent nevezett orvos — illetőleg az általa helyettesként felkért orvos, avagy konzulens — tájékoztatását követően tudomásul veszem, hogy kezelése során az alábbi (x-szel jelölt) invazív beavatkozásokra, egészségügyi jellegű ellátásokra, illetve eljárásokra lehet szükség, illetve az alábbi szolgáltatásokra tartok igényt :

- Fogászati intraorális vagy panoráma röntgen, Helyi érzéstelenítés, Gyógyszerrendelés,
- Incízió (tályog megnyitása), Profilaxis kezelés (fogkő-eltávolítás), Tömés, Gyökérkezelés, Fogeltávolítás, Sebészi fogeltávolítás, Zárt tasakkürett, Lézeres tasakkezelés, Otthoni fogfehérítés,
- Fix fogpótlás (gyökércsap, korona, híd), Kivehető fogpótlás (teljes, részleges),
- Kombinált fogpótlás (fix és kivehető kombinációja),
- Egyéb:.....

Tudomásul veszem, hogy a különleges jellegű beavatkozások, eljárások vonatkozásában külön tájékoztató és beleegyző nyilatkozat kerül kiállításra.

3. Kijelentem, hogy a 2. pontban felsorolt, a Kft. által nyújtott, általam választható egészségügyi szolgáltatások jellegével, paramétereivel, kockázati tényezőivel tisztában vagyok, azokat orvosom nekem részletesen elmagyarázta, s ezáltal abba a helyzetbe kerültem, hogy az orvosi tevékenység vonatkozásában alapos megfontolás után tudtam megbízást adni.

A tájékoztatás számomra részletes és mindenre kiterjedő volt, az abban foglaltak átgondolására, kérdéseim feltételére időm, és lehetőségem volt. Ismerem a választott, illetve az állapotom felmérését követően részemre ajánlott kezelés, beavatkozás, eljárás, valamint egyéb szolgáltatás részleteit, jellegzetességeit, továbbá azok elmaradásának következményeit is.

Kijelentem, hogy további tájékoztatásra sem szóban, sem írásban nem tartok igényt, a nekem felajánlott, illetve általam választott, a 2. pontban megjelölt beavatkozás elvégzését kifejezetten kérem, annak alávetem magam, az abban való közreműködést vállalom.

Tudomásul veszem, hogy — a már kiválasztott és megbeszélt kezelésekről, beavatkozásokról — a Kft. egészségügyi szolgáltatásairól a szóbeli tájékoztatáson kívül annak honlapján, a *dentalstudio.hu/betegtajekoztatas* menüpont alatt is tájékozódhatok, valamint azt is, hogy a Kft. recepcióján a teljes körű tájékoztatás írásban, nyomtatott formában is rendelkezésemre áll, illetve kérésemre elektronikus levél formájában is hozzájuthatok.

Ezt meghaladóan az alábbiakról kérek írásos tájékoztatást:

.....
.....
.....

4. Tudomásul veszem és elfogadom azon tény, hogy a kezelés, illetve a beavatkozás közben olyan helyzetek merülhetnek fel részben szervezetem, fizikai és lelki adottságaim, illetve sajátos, egyéni reakcióim, illetőleg a diagnosztikai eszközök szükségszerű korlátai folytán, amelyek előre nem láthatóak. Tudomásul veszem továbbá, hogy a kezelés, illetve a beavatkozás során a tájékoztatásban szereplő szövődményekre is számítani lehet.

Felhatalmazom kezelőorvosomat, illetve a kezelésben részt vevőket, hogy az előre nem látható reakciók esetén, — különösen sürgős intézkedést, illetve beavatkozást igénylő esetben — a legjobb belátásuk szerint érdekeimnek megfelelően járjanak el.

5. Tudomásul veszem, hogy az Általános Szerződési Feltételeket (ÁSZF) számomra a Kft. várójában, vagy a recepcióján, a szolgáltató weboldalán — *dentalstudio.hu/aszf.html* — megtekinthetem, továbbá ahhoz kérésemre elektronikus levélben is hozzájuthatok.

Verziószám: 1.

Kijelentem, hogy a rendelő működésével, valamint a kezelésekkal kapcsolatos tudnivalókat, a szolgáltatással és az ellenszolgáltatással, a fizetési és garanciális feltételekkel összefüggő információkat az ÁSZF-ből megismertem, a szerződés tartalmát magamra nézve kötelezőnek ismerem el, ezen tényt a jelen nyilatkozat aláírásával is megerősítem.

6. Tudomásom van arról, hogy az R'L' Dental Kft. OEP szerződés alapján és magánrendelés keretében is nyújt fogorvosi szolgáltatásokat. OEP szerződés keretében csak a körzetben állandó lakhellyel rendelkező betegeknek, a szerződött oktatási intézmények tanulóinak és sürgős esetekben más körzetben lakó betegeknek a városi helyettesítési rend szerint nyújt szolgáltatásokat. A körzeti betegeknek is bizonyos esetekben térítési díjat kell fizetniük (fogpótlások, fogtechnikai díjak). Magánrendelésre jelentkező betegek, vagy azok a körzeti betegek, akik kifejezetten a magánrendelést választották, illetve az OEP által nem támogatott ellátást vesznek igénybe, kötelesek a beavatkozás díját az ÁSZF-ben részletezett módon megfizetni.

Kijelentem, hogy a számomra ingyenesen igénybe vehető kezelésekről (körzeti betegek esetén), illetve a kezelés költségeiről (magánbetegek, körzeti betegek OEP által nem térített kezelése) részletes tájékoztatást kaptam.

Ezen nyilatkozatot és megállapodást elolvasás és értelmezés után mint akaratunkkal mindenben megegyezőt helybenhagyólag írtuk alá.

Veszprém,év.....hónap.....nap

Kezelő fogorvos /dentalhigiénikus neve _____ aláírása _____

Beteg neve/törvényes képviselő neve _____ aláírása _____

Verziószám:1.