

## IGAZSÁGÜGYI ORVOSSZAKÉRTŐI ESETEK

DOI: 10.32558/fogeltavolitas.2021.3

Ebben a fejezetben három olyan esetet ismerhet meg a Tisztelt Olvasó, amikor a fog „elvész”. Azért használom az egyébként furcsa „elvész” kifejezést, mert a fog az első esetben baleset után kihúzásra kerül, de jobb lett volna, ha nem így történik. A második történetben szintén kihúzza a fogorvos, ám ennek súlyos következményei lesznek. A harmadikban pedig egészen más a fogvesztés oka: egy anyagfogó csipesz a bűnös.

Ezt a három esetet fogjuk áttekinteni, a már megszületett (hivatalosan: előterjesztett) szakértői vélemény optikáján, és a bíróság határozatán (ítéletén) keresztül.

Az igazságügyi szakértői véleményeknek meghatározott szerkezete van, így az esetek leírásánál is ezt alkalmazom. Természetesen az ügyeket anonimizáltam, a monogramok és a kezdőbetűvel jelölt városnevek is fiktívek és csak a szöveg érthetősége miatt szerepelnek.

A szöveg nem a szakvélemény eredeti szövege, abban számos változtatást tettem. Ennek oka az, hogy a feltételezem: a Tisztelt Olvasó nem laikus (hiszen ez a könyv nem laikus közönségnek szól) így nincs szükség magyarázó részekre. A szakértői vélemény viszont laikusoknak (bírósnak, bírónak, ügyvédnek, stb.) készül, így az abban foglaltakhoz számos magyarázatot kell fűzni. Ahol a szakértői vélemény eredeti szövege megmaradt, ott azt idézőjelben, dőlt betűvel közlöm.

A „laikusság” kapcsán még kell jegyeznem, hogy az igazságügyi szakértői rendszer működésének legfőbb oka az, hogy a jogalkalmazó és döntést meghozni kénytelen testület – leggyakrabban a bíróság – nincsen a szakmai ismeretek birtokában, ezért olyan személy szaktudását veszi igénybe, aki az ő jogi kompetenciájához hozzáteszi a szakmai részt. Az ítélet ezen két pillére élesen elkülönül, ugyanakkor szerves kapcsolódásban is van. A bíróságok ítéleteiben e legtöbbször szó szerint köszönnek vissza a szakértői vélemények megállapításai. Természetesen minden szakterületnek vannak szakértői a magyar szakértői rendszerben, még olyan ritkaságoknak is, mint a „történeti kertek”, vagy a „zene-, és hangszertörténeti emlékek”.

Az én szakterületem hivatalos megnevezése: fogorvostan, arc-állcsont-szájsebészet. Meg kell még jegyezni, hogy a gyakorlatban is ezzel, ezekkel a szakterületekkel foglalkozom. Az igazságügyi szakértői feladatokat nem is lehet másképpen ellátni, hiszen „képben kell lenni” a szakma pillanatnyi álláspontjával, haladásával és a múltbéli dolgokkal is. Utóbbival azért, mert mire az ügyek peresednek, illetve sor kerül a szakértői kirendelésére, addigra elég sok idő telik el...

## I. ALFRÉD ÉS A JOBB FELSŐ MARADÓ METSZŐFOG ESETE

Első esetünkben egy kisfiú – nevezzük Alfrédnak – sérül meg a strandon, csúszdázás közben 2017. augusztus 3-án. A nyaralás alatt a nagyszülők vigyáznak a kisfiúra – elképzelhetjük a helyzetet: hatványozott aggodalom, kétségbeesés.

A nagyszülők letörött fogdarabkát találnak a síró kisfiú szájában. Kiveszik onnan és először nedves ruhában, majd nedves gézben őrzik azzal az elgondolással, hogy a fogorvos vissza tudja rögzíteni valahogyan. A nagymama olvasott ezzel kapcsolatban valamit az interneten, de az nem volt tiszta számára, hogy fogról vagy fogdarabról írtak-e.

A sérülés után a rémült nagyszülők Alfrédot a közeli város NEAK-szerződött fogászati rendelőjébe viszik, ahol Dr. Z. Z. fogorvos végezte az ellátását. A nagyszülők utólagos elmondása szerint a fogorvos számukra *„észrevétlenül, sőt kifejezett kérésük ellenére és legnagyobb meglepetésükre”* a sérült fogat kihúzta, mivel azt – megítélése szerint - megmenteni nem lehetett. A kihúzott fogat a nagyszülők nem kapták meg, mert azt a fogorvos kidobta.

A rendelkezésemre álló dokumentumokból egyértelmű, hogy erős ellentmondás van a fogsérüléssel kapcsolatban a nagyszülői elmondás és a fogorvosi nyilatkozat a között.

A nagyszülők egyértelműen a fog reparációját kívánták a fog megtartásával, míg az ellátó fogorvos megítélése szerint a fog nem volt helyreállítható, illetve megtartható, így annak eltávolítása az ő véleménye szerint indokolt volt. A nagyszülők megítélése szerint viszont az ellátó fogorvos tévedett a fog állapotának megítélésében, valamint abban, hogy a sérült fog maradó fog, vagy tejfog. A nagyszülők előadták azt is, hogy a fogorvos valamivel bekente a kisfiú ínyét és ők nem észlelték azt, hogy a

doktornő ki fogja húzni a fogat és nem is tett erre utalást, illetve nem világosította fel őket az általa szükségesnek tartott terápiaáról.

A fog eltávolításának szükségességét azzal indokolta a fogorvos – ismét csak nagyszülői elmondás szerint – hogy azt nem lehetett megmenteni, mert elszürkült, letört és mozgatható volt, így egyetlen megoldás a foghúzás volt.

A foghúzást követően hetekkel a kislány fogszabályozó szakrendelésre vitték, ahol ismertették velük, hogy a nagymetszőfog elvesztése „*nagy probléma*” és megítélésük szerint annak eltávolítása szakmai szempontból hibás eljárás volt, mert a kislánynak 18 éves koráig biztosan fogszabályozásra lesz szüksége és a kihúzott fog helyét készülékkel fenn kell tartani, amelyet cserélni is szükséges többször. Alfréd 18 éves kora után – amikor az állcsontok növekedése befejeződött – lehetséges implantátummal pótolni a hiányzó fogat.

A letört fogról Alfréd nagyszülője fényképfelvételt készített, amely nem túl jó minőségű. A fényképfelvétel becsatolásra került abba a szakértői véleménybe, amelyet a kislány édesanyjának felkérésére készített igazságügyi szakértő kollégám. Az Alfrédot ellátó fogorvos – Alfréd édesanyja által megbízott ügyvéd megkeresésre adott válaszlevelében – a kárigényt megalapozatlannak tartotta, mivel véleménye szerint „*az eset tényleírása hiányos és a valóságnak nem megfelelő*”, továbbá fenntartotta azon véleményét, hogy „*a kislány maradó metszőfoga véglegesen nem volt megtartható*”, ezért „*a fog eltávolítása indokolt volt*”, továbbá „*a fogeltávolítás előtti vizsgálati eredményt a nagyszülők elfogadták és írásban is beleegyezésüket adták*”. A fogorvos nyilatkozata szerint a beleegyező nyilatkozatot a nagypapa aláírta.

A fogszakorvos nyilatkozatából idézem a továbbiakat: „*a fog maradó fog, koronája sérült, színe megváltozott a másik átváltódott maradó metszőfoghoz képest elszürkült. A fog vitalitáspróbája negatív, a fog elhalt, gócnak volt tekinthető. A fog felett az íny el volt lülvá, és emlékezetem szerint az ajak nem volt megdagadva. A fog mesialis bal oldalán éles törésnyom volt látható, a törésvonal hátra fel, az íny alá futott. A fog tapintásakor a mozgás miatt a gyermek fájdalmat jelzett. A fog a törésvonal felett tapintással érezhetően mozgott. A vizsgálat olyan eredményre vezetett, hogy kedvezőtlen helyzetű törés keletkezett a fog gyökerében.*”

A fogszakorvos elmondása szerint a nagyszülők a kezelés során végig a kezelőhelyiségben voltak, láthatták az előkészített eszközöket és a kislány ellátását is. A fogszakorvos leírta azt is, hogy a fog eltávolítását injekcióval,

helyi érzéstelenítésben elvégezte és az injekció beadása előtt helyi érzéstelenítő zselét is alkalmazott annak érdekében, hogy a tűszúrást ne érezze a gyermek. A fogat azért dobta ki, mert az veszélyes hulladéknak minősül. A fogorvos elmondása szerint Alfréd a fogeltávolítás után géztamponnal a szájában panaszmentesen távozott haza kísérelővel, miután a fogorvos felvilágosítást nyújtott az otthoni teendőkről és a rendelőben rendszeresített foghúzás utáni tájékoztatót átadta, valamint ismertette azt is, hogy a fog helyének fenntartására fogszabályozásra lesz szükség. A rendelés vége felé, tehát órákkal később az egyik nagyszülő visszatért a rendelőbe és kérte, hogy a kezelőorvos az esetet írja le, amelyet ő meg is tett, és gyorsan „tollba mondta” az asszisztensnek az eseteirást. A dokumentumba hiba csúszott (elütés), mely szerint nem 4, hanem csak 2 maradó fog volt a gyermek státuszában. A doktornő sajnálatát fejezte ki, hogy fogászati röntgen nem készült az ellátás előtt, de ezt azzal indokolta, hogy ennek tárgyi feltételei nem voltak meg, mert a kisgyermekről intraorális röntgenfelvételt készíteni nehézkes, a szenzor behelyezése és fenntartása szinte lehetetlen, a felvétel elkészítéséhez olyan személy kell, aki a gyermeket ölben tartja és átöleli és mindez egy aggodalommal teli, síró kisgyermek esetében fokozottan jelentkezik. Mindezeket túl rendelkezni kell olyan védelemmel (ólomköpeny), amely mindkét ember röntgenvédelmét biztosítja. Közölte azt is, hogy a 60/2003. (X.20.) EszcsM. rendelet szerint fogászati röntgenkészülék nem tartozik a fogorvosi rendelő minimumfeltételei közé, ennek ellenére mégis rendelkeznek ilyennel, amelyhez azonban csak 1 db ólomköpeny van. Az ellátást végző fogszakorvos kijelentette: ő a fog megtarthatóságát tartotta szem előtt, de a komplex helyzet nem tette lehetővé, mert az elhalt, nem vitális fogból, az íny alá vezető repedés és az érezhetően mozgatható fog, valamint a gyermek által jelzett fájdalom miatt a megtarthatóságot teljesen esélytelennek látta. Az ellátást végző fogorvos vitatta, hogy az egész eseménysor úgy történt, ahogy a nagyszülők azt elmondták, és kétségbe vonja, hogy nem történt-e késlekedés a fogtöréses esemény és az orvoshoz fordulás között, amely miatt a traumásan sérült fog elhalt és végleg megtarthatatlanná vált. Vitatta azt is, hogy a fogról készült fénykép mikor készült, egyáltalán az orvoshoz fordulást megelőző pár órában, vagy Alfréd egy korábbi sérülése során.

## A dokumentáció

Ebben az ügyben szegényes a dokumentáció, de az ügy szakértői véleményezéséhez elegendő. Az egyébként mindig szükséges személyes vizsgálatnak jelentősége viszont alig volt: megállapíthattam, hogy Alfréd 1.1-es foga hiányzik, és a foghiányt helyfenntartó „pótolja”. Ezt egyébként tudhatjuk személyes vizsgálat nélkül is.

A dokumentáció része az a leírás, amit a nagyszülők utólag kértek a kezelőorvostól:

*„Alfréd (a kisfiú) Bp.-i lakos. Nagyszülő sürgősségi eset elmondását kommentáló kisfiúról van szó utólagos reklamációval. Ma délelőtt 9–10 között csúszdán (strand) balesetet szenvedett a kisfiú. Felül 4 felnőt frontfoga közül a jobb 1-es foga (koronai része) letört és a bal oldaliboz képest el is szürkült és mozgathatóvá vált (meglazult). A fájdalom mellett a fog nyaki része vérzett.*

*A rövid itt tartózkodást közlő nagyszülőnek felajánlottuk a gyors fogeltávolítást. (fájdalom és mozgás miatt)*

*Érzéstelenítő zselével lokálisan érzéstelenítettük a fogat és kíséző nagyszülő jelenlétében eltávolítottuk .*

*A fogeltávolítás után kétszeres reklamáció: a telefonon a jelen nem lévő szülő (anyuka) és feljelentéssel fenyegetőző nagyapa – aki tájékoztatott a kisfiú jelenlegi fűrdesi „cooperálásáról” a meleg fürdőbe családával annak ellenére, hogy a nagy meleg veszélyéről figyelmeztettük őket.”*

A dokumentáció része két telefonnal készített fotó. Ezek azok a fotók, amelyeket a nagyszülők készítettek, elmondásuk szerint a baleset után, és amelyek hitelességét az ellátó fogorvos megkérdőjelezi. Mindkét fotó élelen kissé, de a lényeg kivehető.

Az egyik fotón letört fogdarab látható. Méretére tudunk következtetni, hiszen mellette egy fogászati szonda van. Legnagyobb kiterjedése három milliméter lehet, és minden valószínűség szerint egy fog „sarka”.



*1. ábra: A homályos képen valószínűleg a letört fogdarab látható*

A másik képen egy kisfiú látható, akinek a felső ajkát ismeretlen személy hüvelykujjával eltartja. Az 1.1 fogának mesialis része hiányzik. A kisfiú szemmel láthatóan nem élvezi a fotózást.



*2. ábra: A kisfiú letört fogával*

Sajnálatos módon egyéb dokumentáció (például röntgenfelvétel) nem állt rendelkezésünkre.

Egy igazságügyi szakértő kollégám már vizsgálta a kisfiút, az én szakértői véleményem előtt nem sokkal, ez a szakértői vélemény is a rendelkezésemre bocsátott dokumentáció részét képezte. (A szülők kérésére írt a kolléga magánszakértői véleményt az ügyben.)

Ebből az előző szakértői véleményből idézem:

*„A gyermek fogászati státusza egyértelműen megállapítható. A bal felső nagymetsző foga maradó fog, a jobb felsőt eltávolították. A felső nagymetsző mérete is mutatja a két oldalsó tejmetszőből képest a különbséget a tej és a maradó fogak között. Az alsó fogsorban is fogváltás zajlik, a jobb alsó maradó metszőfoga előtörőben van. A hiányzó jobb felső nagymetszőfog helye mutatja az arányaiban is nagy teret, ami a fog eltávolítása után maradt.”*

## A vélemény

Az igazságügyi szakértői vélemények hangsúlyos része a vélemény. A szakértőnek sokszor az az érzése, hogy az olvasók csak ezt a részt olvassák el. Ez talán túlzás. De hogy először azt olvassák el, az biztos... Alfréd esetében ez így szól:

*„Hatéves gyermek jobb felső 1-es foga sérült uszodai baleset következtében. A statisztikai adatok szerint a gyermekkori fogsérülések esetében a sérülések több, mint 80 %-a éppen a felső nagymetszőfogakat érinti. Ebben az esetben is erről van szó.*

*A gyermek fogászati ellátásra a baleset követően sor került, amely ellátás során az 1.1-es fog eltávolítását végezte a fogszakorvos. Az eltávolítást megelőzően fizikális vizsgálatot végzett a kezelőorvos, de röntgenfelvétel nem készült.*

*A fog sérülésének, esetleges törésének helyzete és lefutása nem állapítható meg röntgenfelvétel nélkül, ahhoz a röntgenfelvétel készítésére elengedhetetlenül szükség van. Abban az esetben, ha bármi okból a röntgenfelvétel nem kivitelezhető, akkor a progresszív betegellátás szellemében a páciens a megfelelő szakintézménybe, szakrendelésre kell irányítani. Természetesen abban az esetben, ha az ellátást ennek ellenére megkezdi a kezelőorvos, azzal a felelőséget teljes mértékben magára vállalja.*

*Ebben az életkorban egy felső maradó fog eltávolításának nem csupán az egy fogra kiterjedő fogatlanság (pontosabban foghiány) a következménye, hanem a fogak torlódása,*

*a később elengedhetetlen fogszabályozás is. A torlódás megakadályozására behyfenntartó készülékek viselésére van szükség.*

*A fog az állcsontok növekedésének befejeztével, tehát 18 éves kor után pótolható fogászati implantátum beültetésével, de az ilyen esetekben általában szükséges a csont pótlása is annak érdekében, hogy az implantátumok befogadására megfelelő csont álljon rendelkezésre. Az olyan állcsont-rész ugyanis, amelyben nincsen fog – mert az ilyen vagy olyan okból eltávolításra került – köznapin nyelven szólva sorvad, azaz csontállománya megkevesbedik.*

*A szakma szabályai szerint a traumásan sérült maradó fogak – főképp, ha azok front-régióban helyezkednek el – még a legszélsőségesebb esetben is megtartandóak. A megtartásuktól akkor lehet eltekinteni, ha a fogat hosszanti darabos törés jellemzi, olyan darabos törés, amikor a fog olyan apró darabokra tört, hogy nem lehet visszahelyezni a csontba, vagy pedig akkor, ha a gyökér felszívódása megkezdődött, mert a baleset óta hetek teltek el. Szintén eltávolítható a fog, ha körülötte gyulladás alakult ki, ha a fog kiesett és napokig szájon kívül tárolták és ez alatt „kiszáradt” (ilyen esetben el kell tekinteni a „visszaültetését”). Minden más esetben a fog megtartására kell törekedni, vagy legalábbis arra kísérletet tenni, még abban az esetben is, ha a fog törése nem a korona magasságában, hanem a gyökér magasságában, az íny alatt következett be.*

*A rendelkezésünkre álló fotók – amelyen a nagyszülői előadás szerint a letört fogdarab, illetve a sérült kisfiú szájában maradt sérült fog látható – nem azt a képet mutatják, hogy a fog nem lett volna megtartható, illetve, hogy annak kibúzása indokolt lett volna, de rögtönem kell, hogy a primer fogorvosi ellátás időpontjában én nem láttam, nem vizsgáltam a kisfiút, hanem kizárólag a rendelkezésemre álló dokumentációból dolgozom. Az ellátó fogszakorvos vitatja, hogy a fogról készült fénykép az ügybéli sérülés során készült volna, vagy „egy korábbi sérülés során”.*

*Nincs adatunk azzal kapcsolatosan, hogy a kisfiú más baleset során hasonlóan sérült volna. Itt jegyzem meg, hogy az a gyanú, miszerint az az esetlegesen felmerülő gyanú, hogy a sérült kisfiúról készült kép nem a nagyszülők unokáját ábrázolja, vagy az, hogy a letört fogdarab nem a kisfiú szájából való, abszolút életszerűtlen. A fényképfelvételen szereplő kisfiú és a vizsgált kisfiú közötti azonosság szemmel látható.*

*Megjegyzem, hogy a letört fogdarabról készült fotó a nagyszülők elmondása szerint az ellátó fogszakorvos rendelőjében készült. Ez elfogadható, hiszen a fotón a fogdarab mellett látható egy fogorvosi műszer (szonda), és nyilvánvaló, hogy annak jellemző előfordulási helye a fogorvosi rendelő.*



*A rendelkezésemre álló dokumentumok alapján kijelenthető, hogy a fog eltávolítása nagy valószínűséggel nem volt indokolt. Feltéve, de nem megengedve, hogy az adott fog eltávolítása szükségszerű volt, akkor sem volt indokolt, sőt nem is megengedhető a fog eltávolítása röntgenfelvétel nélkül, mert anélkül annak állapota nem volt megítélhető és amint azt a fentiekben bemutattam a fog eltávolítása csak a fog igen szélsőséges, szinte megsemmisítő széttrése esetén lehet kezelési alternatíva egy hatéves kisfiú esetében. Tehát: igen nagy valószínűséggel szakmai hiba volt a fog eltávolítása, de biztosan szakmai hiba az, hogy arra röntgenfelvétel nélkül került sor. A fogeltávolítás ugyanis csak megfelelő diagnózis alapján végezhető el, a diagnózis felállításához viszont okvetlenül szükséges a röntgenfelvétel.*

*A fogszakorvos által említett indokok (nevezetesen: nehéz a gyermeknek röntgenfelvételt csinálni, csak egy ólomköpeny áll rendelkezésre) nem megfelelőek, és nem indokolják a röntgenfelvétel elmaradását. A fogszakorvosnak lehetősége lett volna szakintézménybe utalni a páciens, de abban az esetben, ha úgy dönt, hogy az ellátást elvégzi, akkor feltétlenül a szakmai szabályok szerint kell, hogy azt megtegye.”*

Az eset tanúságain kívül hadd utaljak vissza a könyv előző fejezetében részletezett kérdéskörre, nevezetesen arra, hogy a fog „kidobása” vajon helyes volt-e? Ennek eldöntését a Tisztelt Olvasóra bízom. Egy biztos: ha a fog rendelkezésünkre állt volna, akkor az objektív és minden egyéb más vizsgálat és következtetés nélkül eldöntötte volna a kérdést. A fog itt maga lett volna – ha nem is büntetőjogi értelemben - a corpus delicti...

## **II. A SINUS MAXILLARIS ÉS A SZÉGYENLŐS KEZELŐORVOS**

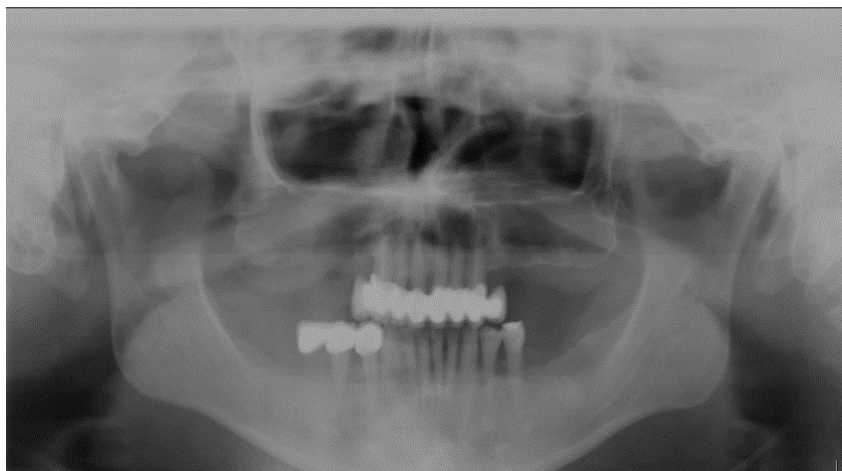
A sinus maxillaris bazális falának sérülése nem számít ritka szövődménynek. Az arcüreg „megnyílása” elsősorban a következményei miatt fontos. A sérülés keletkezési módjait a Tisztelt Olvasó minden bizonnyal ismeri, és a diagnosztika szempontjából is csak annyit rögzítünk, hogy az orrfúvási próba és az ellenpróba elvégzése elengedhetetlen a felső nagyórlófogak és kisórlófogak eltávolításakor. A Highmore-üreg megnyílásakor tehát a legfontosabb a felismerés. A felismerés után alapvetően kettő lehetőség kínálkozik: az oroantrális átjárás megszüntetése, vagy a progresszív betegellátás szellemében a szakintézetbe küldés. A kettő közül valamelyik megoldást választani kell. Harmadik út nincs!

Esetünkben a fogorvos eltávolította a páciens jobb felső hatos fogát. Az eltávolítás során az arcüreg bazális fala átszakadt, de a definitív ellátásra nem került sor. A bekövetkező arcüreggyulladás radikális műtéti ellátást (Luc-Caldwell műtétet) kívánt meg.

A felperessé alakuló páciens nem tudott megegyezni a kezelőorvossal, így az ügy „peresedett”.

## **A dokumentáció**

A dokumentációban szereplő egyik panorámaröntgen-felvétel a jobb felső hatos fog eltávolítása előtti állapotot mutatta, míg egy másik a jobb felső hatos eltávolítása utáni állapotot. Minkét felvétel gyenge minőségű. Rendelkezésemre állt az ellátó kórház zárójelentése, amelyből kiderül, hogy az idült sinusitis maxillaris miatt Luc-Caldwell-műtétet kellett végezni. (Nem feladatom a Luc-Caldwell műtétek korszerűségéről, illetve korszerűségéről nyilatkozni. Nekem ebben az esetben a dokumentációt kell vizsgálnom, illetve a tényeket elemezni. De a szakmai oldalon magam is találkoztam már néhány olyan postextractio sinusitissel, amely más módon nem volt gyógyítható. Persze ez egy külön téma lenne...)



*3. ábra A szakértői vizsgálat idején készült röntgenfelvétel*

A periratok között szerepelt egy CT-vizsgálati lelet, amely a műtéti ellátás után 27 hónappal készült. Ennek leletezéséből idézem:

*„... mk. sín. max. nyálkahártyája körkörösén mérsékelt fokban megvastagodott. A jobb oldali sinus maxillaris basalis fala 5 mm hosszán nem azonosítható... vélemény: chronicus gyulladással utaló nyálkahártya-megvastagodás valamennyi melléküregben. Korábbi műtét nyoma a jobb oldali sinus maxillarisnak megfelelően.”*

A személyes vizsgálatra a középkorú felperes újabb panorámaröntgen-felvétellel érkezett. A felvétel nem a legjobb minőségű, de látható rajta a tetemes csontdefektus a felső állcsont jobb oldalán.

A szájvizsgálat igazolja a röntgenképet. A többi fogpótlás állapotát – bár azokat a szakértői véleményben természetesen rögzítettem – most ne vegyük figyelembe. (Itt megjegyzem, hogy a szakértői véleményekben mindig a bíróság által feltett kérdésekre kell válaszolni a lehető legegységelműbben, legerthetőbben és legegyszerűbben. A bíróság nem azt várja el a szakértőtől, hogy szakmai tudását csillogtassa, hanem azt, hogy a laikusok számára is megérthető módon magyarázatot, illetve választ adjon a feltett kérdésekre.)



4. ábra Szájvizsgálat során a csonthiány jól látható

A panaszos páciens magával hozott még egy fogat is, amelyet a zsebéből vett elő. Elmondotta, hogy ez a fog az ő foga volt, amelyet a doktornő kihúzott. Bizonyítékként tartotta meg, mert látszik, hogy a fagon egy csontdarab található, mely az beteg felső állcsontjából hiányzik. Ahogy a beteg fogalmaz ez lett onnan „*kitépve*”. Bár a fog ilyen módon való bemutatása furcsa, de a szakértői tevékenységtől nem idegen. Gondoljunk csak arra, hogy ismeretlen holttest azonosításakor milyen jelentősége lehet a fogazati vizsgálatnak, vagy gondoljunk a régészeti leletekre: a fogak hosszú ideig vizsgálhatóak maradnak és számos következtetés vonható le belőlük.

Mivel a Tisztelt Bíróság egyik kérdése a fogra irányult, én úgy foglaltam állást, hogy a bemutatott fog minden valószínűség szerint a felperesé. A csontdefektus formája, a fog formája, állapota mind erre engedett következtetni. Azonkívül életszerűtlennek tartottam azt is, hogy valaki szerez egy fogat, amin csontmaradványok vannak... Természetesen csak nagy valószínűséggel mondhattam, hogy a fog a felperes foga, hiszen ennek bizonyítására nem volt módom.

Most ugorjunk az időben és tekintsük meg a Tisztelt Bíróság ítéletének egy szövegrészletét, amelyből még számos információhoz jutunk (s közben élvezhetjük a száraz, tényszerű jogi szöveget):

*„A felperes a fogsorának pótlására szolgáló, részben letört fogászati híd kicserélése érdekében kereste fel 20XX. április 29. napján az alperest, aki a felperest panorámaröntgen készítésére küldte, majd 20XX. április 30. napján a kezelés közben az új híd elkészítése és elhelyezése érdekében eltávolította a felperes jobb felső 6-os fogát az arcüregből távozó csontrésszel együtt, ugyanis a fog az alperes szerint az új híd elhelyezésére alkalmatlan volt. Az alperes összevarrta a sebet, elvégeztette a felperessel az ún. orrfújási próbát és fájdalomcsillapítót írt fel a részére. A foghúzást követően a felperes több héten keresztül napi rendszerességgel járt az alpereshez utókezelésre, amelynek során az alperes megtisztította a sebet, és Cataflam fájdalomcsillapítót írt fel. A varratszedés 20XX. május 10. napján történt meg, ezt követően az alperes párhuzamosan végezte a kihúzott fog helyének kezelését, és az új híd is felhelyezésre került. A 2,5 hónapig tartó kezelést követően az alperes közölte a felperessel, hogy nem szükséges az utókezelés folytatása. A felperes fájdalmai nem szűntek, így fájdalomcsillapítót szedett, majd 2010. december 13. napján felkereste XY fogorvost, aki megállapította, hogy a felperes arcüregre nyitott, Dalacint írt fel a számára és megfelelő szakellátásra utalta, egyidejűleg kihúzta a felperes bal alsó 6-os fogát. A felperes 20XX. december 16. napján ment el egy*

*szájsebészhez, aki a CT felvétel alapján műtéti beavatkozást javasolt. A felperes arcüreg műtétjére 20XX+1 év. március 3. napján került sor a megyei kórházban, ugyanis arcürege nyitott volt és krónikus arcüreggyulladás alakult ki. A felperes arcüreggyulladását meggyógyult, a foghúzással eltávolított csont nem képződött újra az arcüregben. A felperes a csontpótlási műtétet anyagi okokból nem végeztette el.*

*A felperes keresetében annak megállapítását kérte, hogy az alperes megsértette örendelkezési jogát, az egészségi állapotát érintő tájékoztatóhoz fűződő jogát és az egészsége sérthetlenséghez való jogát, ugyanis nem tájékoztatta az alkalmazandó kezelés kockázatairól, a felperes ezért nem dönthetett arról, hogy a kezelést igénybe kívánja-e venni. Állítása szerint az alperes nem utalta szájsebészetre, antibiotikumos kezelés helyett fájdalomcsillapítót rendelt alkalmazni, nem tájékoztatta megfelelően az alkalmazott kezelésekről és a kezeléshez szükséges megfelelő higiénés körülményeket sem biztosította. A felperes nem vagyoni kártérítés címén 1.500.000 forint, míg vagyoni kártérítés címén 225.400 forint és járulékai megtérítésére tartott igényt.*

*Az alperes érdemi ellenkérelme a kereset elutasítására irányult, állítása szerint szakemberként távolította el a felperes fogát, ezt követően a sebet összevarrta, fájdalomcsillapítót írt fel, nem ítélte szükségesnek a felperes szakellátásra történő további utalását; a felperes nem igazolta megfelelően, hogy az alperesi kezeléssel összefüggésben merült fel az arcüreggyulladás.”*

Foglaljuk össze: a kezelést végző orvos észlelte az arcüreg megnyílását, „kezelgette” is azt, de a felperes definitív ellátást nem kapott. Ez első ránézésre érthetetlen, hiszen egy oroantrális összenyílás csak a legritkább esetben záródik magától. Az állandó „légáramlat” nem engedi bezáródní, nem beszélve a gyulladásról – ezek megint olyan tények, amit egy szakmai közönségnek nem kell ecsetelni, de a bíróság nagyon is kíváncsi a magyarázatra.

A kártérítési perekhez kapcsolódó szakértői tevékenység során ritkán beszélünk arról, hogy mindig emberi sorsok vannak a háttérben. Egyrészt a felperes sorsa, felháborodása, vagy éppen pénzkereseti szándéka, bosszúvágya és mi ki tudja mi minden. Másrészt a beperelt orvos megbántottsága, szakmai önértékelésének sérülése, szégyenérzete. Ezek általában teljesen felesleges érzések, de érthetőek. Idehaza még nem vettük tudomásul, hogy a nagy felelősséggel és nagy eredménykényszer alatt végzett

tevékenységünk (természetes?) velejárója a hibázás lehetősége is. Ennek sajnos időnként következményei vannak.

Ebben az ügyben a bírósági tárgyaláson értettem meg, hogy miről van szó: a kezelőorvos egyszerűen nem mert szólani arról, hogy megnyílt a páciens arcürege a foghúzás során, mert félt, hogy a páciens rossz szakembernek fogja tartani őt. Ezt a magatartást talán megérthetjük, de el nem fogadhatjuk. Egyrészt: *salus aegroti, suprema lex esto, vagyis a beteg érdeke a legfőbb törvény* másrészt, ha valakinek joga van tudni, hogy az arcürege és a szájürege közlekedik egymással, az maga a beteg. Azért is nehezen érthető az „eltitkolás”, mert nem egy „szörnyű baklövésről”, hanem egy lehetséges szövődmény bekövetkezéséről van szó csupán. A helyzet nem reparálhatatlan, hanem megoldható. Ehhez azonban szükség van a páciens informálására, még akkor is, ha ez abban a pillanatban esetleg kellemetlen. Viszont hosszú távon egyértelműen ez az egyetlen megoldás, és tudjuk, hogy szakmai szempontból is ez a helyes.

## Vélemény

A bíróság az előre várható ítéletet hozta: „... az alperes az általa a felperesen 20XX. április 30. napján elvégzett foghúzás szövődményeként bekövetkezett arcüreg megnyílása okán megsértette a felperes önrendelkezési, valamint a testi épséghez és egészségéhez fűződő személyiségi jogát.”. Az „előre várható” megállapításomhoz hadd tegyek egy megjegyzést: a bírósági ítéletek ezekben az ügyekben nagyrészt a szakértői véleményre támaszkodnak, tehát ez az ítélet a szakértő szemével volt várható, és én is ilyen értelemben használom ezt a megállapítást. A bíróság mindig a szakértői véleményre támaszkodik, legfeljebb abban az esetben, ha aggályosnak látja azt, akkor új szakértőt rendel ki. Olyan is előfordul, hogy az „új”, meg a „rég” szakértő véleményét a bíróságon ütközteti. (Szubjektív megjegyzés: ezek igazán jó szakmai viták szoktak lenni...).

Az elsőfokú bíróság kötelezte az alperest, hogy fizessen meg a felperesnek 300.000 forint nem vagyoni és 21.400 forint vagyoni kártérítést, valamint a vagyoni kártérítés tőkeösszege után 20XX. március 3. napjától a kifizetésig járó törvényes mértékű késedelmi kamatát. Ugyanakkor kötelezte a felperest, hogy fizessen meg az alperesnek 150.000 Ft plusz áfa, míg a beavatkozónak 30.000 forint részperköltséget. Kötelezte az alperest, hogy -

felhívásra - az államnak fizessen meg 20.700 forint kereseti illetéket, míg rendelkezése szerint 82.820 forint kereseti illetéket az állam visel. Ezt meghaladóan a keresetet a bíróság elutasította.

A bíróság ítéletében kiemelte: *„külön bizonyítás nélkül is elfogadható, hogy a felperesnek nem vagyoni jellegű hátrányt okozott az, hogy el kellett viselnie az alperesi beavatkozással járó fájdalmat, annak következményét, az arcüreg megnyílását, a hosszús kezeléseket, miután az alperesi utókezelés kapcsán sem valósult meg az elvárható gondos eljárás, majd újabb beavatkozásnak, műtétnek kellett magát alávetnie, amelyek az alperesi foghúzás következményeként következtek be. A nem vagyoni kártérítés összegszerűségének megállapításánál tekintettel volt arra is, hogy a szóban is kiegészített szakértői vélemény adatai szerint a felperes arcüreggyulladását meggyógyult, szájjüregre alkalmas az eredetileg tervezett fogászati híd felbevezetésére, csontpótlásra a felperes anyagi eszközei híján nem került sor. Kiemelte: a felperes egészségromlása nem bizonyított, egyébként, a mindennapi életben jelentkező fájdalomra, gyulladásra személyesen nem nyilatkozott. Minderre tekintettel az elsőfokú bíróság 300.000 forintban találta megállapíthatónak a felperes nem vagyoni kárát.”*

A bíróság ítéletét mindkét fél megfellebbezte, de a fellebbezést a másodfokú bíróság elutasította, és helybenhagyta az elsőfokú bíróság ítéletét – illetve egészen pontosan a perköltségekben tett minimális változtatást. Az ítélet indoklásának számunkra fontos kitétele, hogy az alperes kártérítő felelősségét megalapozza az is, hogy az arcüreg megnyílásának észlelése ellenére nem alkalmazott antibiotikumot a fertőződés megakadályozására, továbbá az is, hogy a hiányos dokumentáció miatt az alperes nem tudta ismertetni, hogy számos állítólagos kontrollvizsgálat során a felperesnek milyen panaszai voltak. Szintén a hiányos dokumentáció miatt nem tudta igazolni az alperes, hogy a felperes panaszai múltóban voltak, és ezért nem küldte szakellátásra az alperes a felperest. Ez persze csak elméleti jelentőségű, hiszen mint láttuk, a felperes nem „úsztatta meg” a radikális arcüregműtétet.

Esetünk tanulsága – a dokumentáció megfelelő vezetésén túl – hogy egy lehetséges szövődmény bekövetkezte esetén ismertetni kell a pácienssel a tényeket. Ezt nem csak etikai okból kell megtennünk, hanem a törvény is erre kötelez bennünket. A struccpolitika ugyanis nem vezet sehová, sőt – mint

azt ebben az esetben is láttuk – hosszas pereskedés lehet belőle. És ez senkinek sem hiányzik.

A bíróság ítéletének indoklásában megemlíti a felperes fájdalmait, de nem ecseteli azokat hosszasan. A kártérítési perek felperesei (a páciensek) mindig nagy hangsúlyt helyeznek a fájdalmak hosszas leírására. Azt gondolják ugyanis, hogy az elszenvedett fájdalmakért számukra kártérítés jár. A szakrétói véleményekben ugyanakkor ki szoktuk fejteni, hogy a fájdalom szubjektív érzet, és ami az egyik embernek elviselhetetlen fájdalom, az a másik embernek „meg sem kottyan”. Ennek következtében a fájdalom minősítésére, skálabeosztására a szakértőnek nincsen módja és lehetősége. A szakértői vélemények mindig a szakmaiságra (vagy szakmaiatlanságra) fókuszálnak, és nem a felperes fájdalmára.

### III. REPÜL AZ ANYAGFOGÓ CSIPESZ

Most nézzünk egy olyan esetet, amikor a fogat nem a fogorvos távolítja el, hanem egy odavágott anyagfogó csipesz. Ez a tárgy arra szolgál, hogy szabázműhelyekben az anyagot az asztalhoz lezorítsa. Másik neve szabázcscipesz, manapság műanyagból készül, de a klasszikus darabok fémből vannak.

Két ember összevész, szó szót követ. Vitájuk alapja – mint oly sokszor – a pénz. A vita hevében pedig egyszer csak az egyikük a másikhoz vágja a keze ügyébe kerülő tárgyat. Repül az anyagfogó csipesz.

Esetünk megmutatja az örök vitát, amin egyszerűen nem tudunk túllenni igazságügyi orvosszakértői körökben: a fogelvesztéshez kapcsolódó maradandóság kérdését. Nagyon szeretem az igazságügyi orvostani konferenciákat. Annyi sok érdekes eset van, és én mindig előjövök ezzel a fogelvesztés – maradandóság üggyel. Aki ott van, mindenki megérti, még örül is neki, de azután ismét visszatér minden a régi kerékvágásba. Szerintem ez már örökre így marad...

Ismét a szakértői vélemények klasszikus előzmények – dokumentumok – vélemény tagolását alkalmazom. Az előzményi rész a rendőrségi ügyiratból származik. A rendőrségi ügyiratban pedig egy rendőrségi igazságügyi orvosszakértő megállapításai kerültek rögzítésre. Az előzményi rész utolsó mondatára lesz „kihegyezve” az egész történetünk.



## Dokumentáció

„20XX. augusztus hó 17. napján 12:30 és 13:00 közötti időben A.T. vándlott a tulajdonát képező, Budapest XVI. kerület, K. utca 9. szám alatti ház udvarán kialakított műhelyben szőváltásba keveredett albrélgőjével, SZ.K.K.-val, mely során A.T. vándlott egy fémből készült anyagfogó csípéssel egyszer arcon ütötte SZ.K.K. sértettet.

SZ.K.K. az ütés következtében az arca bal oldalának horzsolását, a baloldalon a szájnyálkahártya horzsolását, a bal felső 4. fog törését, valamint a bal felső 5. és 7. fog ficamát szenvedte el, mely sérülések 8 napon belül gyógyulnak, azonban a bal felső 5. és 7. fogak ficamára tekintettel maradandó fogyatékoság alakult ki.”

Dokumentációnk ebben az ügyben bőven van, tekintettel arra, hogy a sértett a cselekmény után felkereste az egyik budapesti kórház szájszészeti osztályát. Elegendőnek tartom, ha itt a fogazati sérülésre vonatkozó részeket idézem csak felsorolás szerűen (és betűhíven):

„... Státusz: Aszimmetrikus arc. Bal arcfélen többszörös horzsolások. A bucca állománya duzzadt, fájdalmas. Szemmozgások szabadok, kettős látás nincs. Zsibbadást nem jelez. Akadálytalan szájnyitás. Baloldalon, az arca nyálkahártyáján felszínes hámsérülések láthatóak. Egyebekben ép intraorális nyálkahártya. Alsó, felső állcsontok statikailag és funkcionálisan épnek imponálnak. Oclusio megtartott. Alsó, felső rögzített pótlással ellátott fogazat. A bal felső quadrásban a premoláris és moláris területre kiterjedő hídpótlás kórosan mozgatható. Diagnózis: Contusio faciei l.s., Subluxatio dentis 2.4, 2.6? ... Klinikai és radiológiai vizsgálat alapján jelenleg állcsontok törése nem igazolódik. Jelenleg akut szájszészeti teendő nincs. A törések teljes kézírása érdekében kontroll OP felvétel céljából visszarendelve.”

(Ha ennyi megjegyzés itt nekem megengedhető – mint aki éppen eleget írt látetetet a Szent Rókus Kórház Arc-, állcsontszészeti és Szájszészeti Osztályán – „az alsó, felső állcsontok statikailag és funkcionálisan épnek imponálnak” megállapítás egy nagyon tudományosnak tűnő szófordulat, ami annyit jelent, hogy fogalmam sincs, hogy el van-e törve a csont, mert panoráma röntgent nem tudok csináltatni (?). Ez is lehetne egyébként egy szakértői vélemény alapjául szolgáló eset...)

Másnap már panorámaröntgen is készült, és újabb ambuláns lap íródott: „...Diagnózis: Fractura dent. 2.4 és Luxatio dent. 2.4, 2.7 – Rtg: OPT felvétel Terápia: - kontroll radiológiai vizsgálat alapján a 2.4 fog törése és a 2.5, 2.7 fogak luxációja igazolódik. Javaslat: fokozott szájhigiéne, érintett terület hűtése, fogazati ellátás. Kontroll: visszarendelve panasz esetén ...”

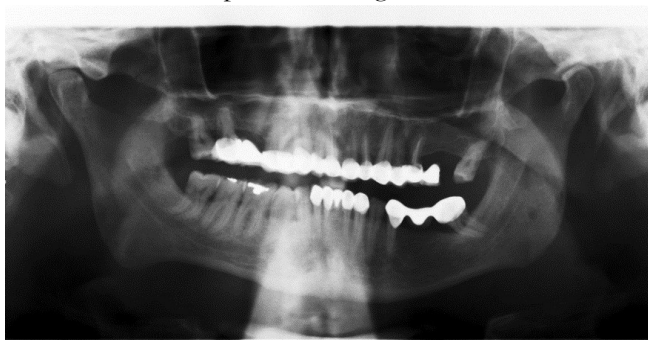
A sérült – szófogadó ember lévén, vagy csak azért, mert nagyon dokumentálni akarta sérüléseit - az orvosi utasításnak megfelelően felkereste fogorvosát. 20XX. 09. 20-ai dátumozással rendelkezésre áll Dr. Sz. V. fogszakorvos által kiállított „Szakvélemény” címet viselő dokumentum:

*„... A trauma következtében radiológiai vizsgálat alapján a 24 fog eltört. A 25, a 26 és a 27 fogak luxációja igazolódik, emiatt ezek a fogak eltávolításra kerültek. Az intraorális sérüléseknek köszönhetően az okklúziós viszonyok megváltoztak, a rágóképesség csökkent. Ahhoz, hogy a protetikai rehabilitációt és a fogpótlást el lehessen készíteni, a következő beavatkozásokra van szükség:*

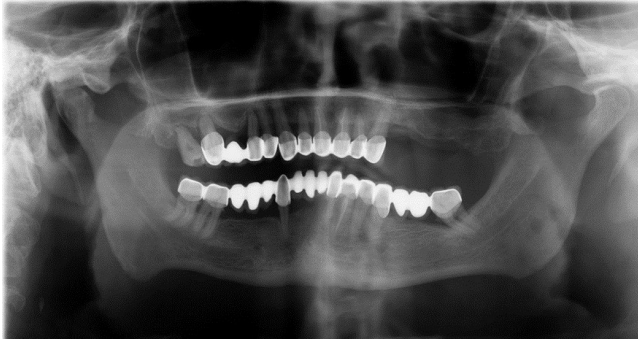
- *a jobb oldalon a túlterhelés miatt a 17 és a 18 fogakat el kell távolítani*
- *ahhoz, hogy a protetikai rehabilitációt el lehessen végezni és a balesetből adódó hiányt lehessen pótolni szükség van a meglévő régi híd eltávolítására és ideiglenes fogpótlás készítésére*
- *a normál rágás visszaállítására szükség van 4 db implantátumra a következő helyeken: 2 db a jobb felső quadransban és 2 db a bal felső quadransban*  
*Mivel a csontkínálat nem elegendő, szükség lesz csontpótlásra is.”*

Elkészült a „Kezelési terv és árajánlat” címet viselő dokumentum is, melyben a felső állcsonton szükséges kezelések vannak összefoglalva. Az árajánlat szakmailag kifogástalan, a költségek a kezelés volumenének megfelelőek.

A dokumentáció lényegi része itt következik. A sértett ugyanis szeretné megmutatni, hogy ő rendszeresen járt fogorvoshoz, fogazata ápolta, arra ő igényes, és ezért is van az, hogy őt nagyon bántja és megviseli a sérülése. A fogászati gondozási lapokon valóban számos kezelés szerepel, és rendelkezésünkre áll egy-hat évvel a sérülés előtt készült panorámaröntgen-felvétel is.



5. ábra Hat évvel a bántalmazás előtt készült röntgenfelvétel



6. ábra A szakértői vizsgálat során készített röntgenfelvétel

Tekintsük meg most a szakértői vizsgálat során készült panorámariöntgen-felvételt!

A felső fogazatban jobb oldalon a 6-os fog hiányzik, a többi fog megvan. A jobb felső 8-as fogon (fogpótlástani értelemben vett) korona nincs, így az nem pillérfoga a fogműnek. A rögzített fogpótlás a baloldalra is kiterjed, ahol a 2.1, 2.2 és 2.3 fogak találhatóak.

A 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8 fogak hiányoznak. Látjuk még, hogy az alsó fogakon is rögzített fogpótlás van.

A személyes vizsgálat során mindig készítünk fotódokumentációt is. A képek magukért beszélnek. (Jelzem, hogy ebben az esetben nem tisztem megítélni a szakmai munkát. Büntetőügyben dolgozunk most, bírósági szakban, senki sem kíváncsi arra, hogy a fogorvos milyen munkát végzett, milyen a fogmű, milyen az okklúzió. Ez a kérdés itt irreleváns, hiszen most a sérülés véleményezése a dolgunk.)



7. ábra Az igazságügyi szakértői vizsgálat alkalmával készített fotó



8. ábra Az igazságügyi szakértői vizsgálat alkalmával készített fotó

Hasonlítsuk össze a hat évvel a sérülés előtt készült panorámaröntgenfelvételt a személyes vizsgálat során készülttel. Megállapíthatjuk, hogy az alsó fogíven körhíd került elhelyezésre, valamint a felső állcsont bal oldalán a korábban készült röntgenfelvételhez képest 3 darab fog, vagyis a 2.4, 2.5 és a 2.8 fog hiányzik.

## Szakértői vélemény

Innentől hadd idézzem a szakértői véleményt szó szerint:

*„...e helyen ki kell emelnem azt is, hogy a korábban készült panoráma-röntgenfelvételen látható, hogy a 2.5 fog gyökérkezelt, gyökértöméssel van ellátva körülötte krónikus gyulladásra utaló jelek vannak, míg a 2.4 fog nem gyökérkezelt, de ugyanígy gyulladásos jelek veszik körül, vélhetően rögzítettsége csökkent, és ehhez kérdéses, hogy a fog él-e egyáltalán (nem halt-e el)? Ugyanez mondható el a bal felső 8-as fogra is, amely fogágyának 30–40 %-át veszítette el, vélhetően nem stabilan állt a szájban, mozgatható volt.*

*Rögzítenem kell még azt is, hogy a korábban készült röntgenfelvételen látható, hogy ún. szabadvégű híd volt rögzítve a felső állcsonton, pont az érintett régióban. Ez azt jelenti, hogy az elvesztett 25 fogról még egy fog „pluszban” hátrafele „lógott”, vagyis ez a fog, valamint a közvetlenül előtte álló fogak (és tulajdonképpen az egész felső fogazat) abnormális terhelésnek voltak kitéve. Ennek magyarázata az lehet, hogy a bal felső 7-es fog (2.7) tartotta korábban „háttul” ezt a fogművet, de azt valamilyen okból el kellett távolítani és így a fogművet itt el kellett vágni. Persze az is lehet magyarázata ennek, hogy a fogmű eredetileg is így készült el. Erre pontos választ adni ma már nem lehetséges.”*

A bíróság előbb-utóbb mindig ítéletet szeretne hozni, mert ez a dolga. Ítéletet akkor tud hozni, ha a bíró egyértelmű válaszokat kap. A bíró akkor kap egyértelmű válaszokat, ha tudom, hogy mit szeretne megtudni. Ebben az ügyben a bíró szerencsére „jól kérdezett”: Elnézést kérek a szerénytelenségemért. de ennek én is „oka” vagyok: már voltam szakértő ezen a bíróságon ennél a bírónál, és már azokban az ügyekben is volt szó fogelvesztésről...

A Tisztelt Bíróság első kérdése tehát: *„A sértett korábbi fogászati kezelésére is tekintettel szakértői eszközökkel egyértelműen igazolható-e a közvetlen ok-okozati összefüggés a sértett által a vádiratban foglaltak szerint elszemvedett bántalmazás és SZ.K.K. bal felső 4. fogának törése, valamint a bal felső 5. és 7. fogának ficama között? Ez utóbbi vonatkozásában fejtsé ki a szakértő, hogy a hivatkozott fogak pillérfogak voltak-e, azok vonatkozásában megállapítható volt-e valamegy olyan fogmedernyűhványi betegség, melynek következtében azok kisebb erőhatásra is elmozdulhattak, és ha igen, ez az állapot mennyiben befolyásolta a sériülés súlyosságát, gyógytartamát?*

## **A szakértői válasz a kérdésre:**

*„Az elszemvedett bántalmazás és a 24, 25 és 28 fogak sériülése között ok-okozati összefüggés igazolható. Ezt a sériülést rögzíti a sértett járóbeteg-vizsgálati lapja is. A járóbeteg-vizsgálati lap a bal felső régióban található utolsó fogat 27-es fognak rögzíti, véleményem szerint ez inkább a középvonal felé elvándorolt 28-as fog (bölcsességfog), de ez különösebb jelentőséggel nem bír az ügy lényegének szempontjából.*

*A 24-es fog koronaszéli részénél a korábban készült panoráma-röntgenfelvételen nagy valószínűséggel véleményezhető sztuvasodás. A 25 és 28 fogak nem teljes értékűek, körülöttük a csontban felrikulás, a fogágy rögzítő funkciójának csökkenése véleményezhető.*

*A 24 és 25 fogak pillérfogak voltak, a 28 fog nem volt pillérfog, azaz nem tartott fogművet.*

*Mindezek alapján a fogak csökkent értékűek voltak, rögzítettségük a normálisnál csekélyebb volt, s különösen érvényes ez a nem pillérfog bal felső 8-as fogra, ennek megfelelően ezek a fogak kisebb erő behatásával is elmozdulhattak behyükről.”*

A bíróság következő kérdése arra irányult, hogy egyetérték-e a nyomozati szakban kirendelt igazságügyi orvosszakértő megállapításával, amely szerint a sértettet közepesen erős ütés érte, és ennek hatására veszítette el fogait, és bekövetkezhett-e volna súlyosabb sériülés a sértett esetében? (Ennek büntetőjogi szempontból óriási jelentősége van. A szakértők a fogelvesztéshez általában a „közepesen erős ütés” kifejezést szokták társítani. Ezek empirikus

megfogalmazások, és nem egzaktak, de hogyan is lehetne egzakt annak véleményezése, hogy egy ütés hatására pontosan ilyen sérülés jön létre az egyik vagy másik testtájékon?)

Én ezzel a megállapítással nem értettem egyet természetesen: „*A kéjficamodott, valamint a sérült fogak rögzítettsége a normálstól jóval csekélyebb. Az ilyen fogak kímőzödulása létrejöhet közepes vagy csekély erőhatásra is és jellemzően nem éles tárgyval való megütés hatására szokott bekövetkezni. A vérzés a szájnyálkahártya sérüléséből is keletkezhet, valamint a szájnyálkahártya sérülhet úgy, ha az az erőbehatást kifejtő tárgy, testrészt és a fogak közé szorul. Ilyenkor a szájnyálkahártya fohytonossága megszokadhat, sérülhet és vérezhet is. Nagy valószínűséggel kizárható, hogy a sértettet a csipeszt éles részével érte volna ütés, mert akkor nagyobb, kifejezett és határozott sebszélű sebe is lett volna, ilyenre az egyébként részletes dokumentációban nincsen utalás.*

*A nyomozati szakban keletkezett szakvélemény szerint SZ.K.K. által elszenvedett sérülések összes körülményére, anatómiai elhelyezkedésére és jellegére, kialakulhattak volna a jelenleginél súlyosabb sérülések is a bal felső 5. és 7. fog ficama kapcsán pl. fogmedri nyúlványtörés, arucsonttörés, mely sérülések gyógytartama 8 napon túli lett volna.*

*Mint az előző pontban kifejtettem, a vizsgált személynél a fogak ficamát, sérülését kéisebb erőbehatás is okozhatta, ezért én 8 napon túli sérülés bekövetkezte megítélésem szerint nem lett volna valószínű, ezért a nyomozati szakban szakértői véleményt előterjesztő orvosszakértő ezen megállapításával sem értek egyet.”*

Már az eddigieknek is nagy jelentősége van a vádlott büntetésének szempontjából, azonban a lényeg most következik. A bíróság ugyanis felteszi a bűvös kérdést, ami eldönti a vádlott sorsát. A büntetése - számos más körülményen kívül – alapvetően attól függ ugyanis, hogy nyolc napon túli, vagy nyolc napon belüli a sérülése, továbbá attól, hogy fennáll-e maradandó testi fogyatékoság a sértettnél (számos más körülményen kívül persze).

A Tisztelt Bíróság kérdése tehát: „*kijelenthető-e változatlanul, hogy a fogak ficama fohytán a sértettnél maradandó fogyatékoság alakult ki?*”

Válaszomban – mint már annyiszor – kifejtettem, hogy a fogak elvesztése és a maradandóság kérdésében az egyébként sem hatályos 16. számú módszertani levelet (Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 16. számú módszertani levele a testi sérülések és egészségkárosodások igazságügyi orvosszakértői véleményezéséről) szokták reflexszerűen idézni az igazságügyi orvosszakértők. Eszerint nyolc napon belül gyógyul „egy-három fog meglazulása, luxatiója, a fogkorona letörése vagy – a fogaknak a fogmedernyúlvány törése nélküli

elvesztése”, és értelemszerűen az ennél nagyobb, több fogra kiterjedő sérülések nyolc napon túl gyógyulóak. A módszertani levél kitért a fogmedenyúlványsorvadás kérdéskörére is („*a fogmedenyúlvány sorvadása olyan körülmény, amely csekély erőbehatás esetén is előidézheti több fog meglazulását*”)

A maradandóság tekintetében azonban a módszertani levél teljesen téves álláspontot képvisel: „*fogak elvesztése is maradandó fogyatékosággént értékelendő, azáltal a megjegyzéssel, hogy azok pótlása funkcionális és esztétikai javulással járhat.*”

Igen ám, de a maradandó testi fogyatékoságnak mérőszáma van. Ezt munkaképesség-csökkenésnek nevezzük. A munkaképesség-csökkenés pedig nehezen értelmezhető a fogelvesztés vonatkozásában, hacsak valaki nem a fogával keresi a kenyerét...

Az én véleményem szerint a dilemma azonban egyszerűen feloldható: a fogak elvesztése maradandó abban az értelemben, hogy a fog nem nő ki újra, de nem maradandó testi fogyatékoság, hanem például maradandó rágásfunkciókárosodás, vagy maradandó esztétikai hátrányosság. Arról nem is beszélve, hogy a fog pótolható, mégpedig teljes értékűen, de biztosan jobban, nagyobb, mint egy elvesztett végtag, vagy akár egy elvesztett kezűj. Magunk között azt is megjegyezhetjük, hogy az implantátummal pótol fog jobb, mint az eredeti... (és az anyagi megfontolásokat most ne vegyük ide, hiszen szigorúan büntetőjoghoz tartozó kérdéskört boncolgatunk).

Az ügyben adott szakvéleményem alapján a Tisztelt Bíróság megváltoztatta korábbi álláspontját, és a testi sértést nem minősítette súlyosnak, tekintettel az előrehaladott fogágybetegségre, a fogak minden bizonnyal fennálló mozgathatóságára. A bíróság megváltoztatta a korábbi álláspontját a maradandó testi fogyatékoság tekintetében is. Mindennek a vádlott szempontjából nagy jelentősége volt, hiszen felmentő ítélet született az ügyben.

## Összefoglalás

Ebben a fejezetben három „fogelvesztéses” esettel találkoztunk. Az első esetben szakmailag megalapozatlan fogeltávolításra került sor, a másodikban a fogeltávolítás egy nem túl ritka szövődménye állt elő (amelyet a kezelőorvos eltitkolni igyekezett), a harmadikban tettelegességbe torkolló szóváltás miatt

következett be a fog elvesztés. A három eset nagyban különbözik, de az eredmény mindhárom esetben a fog elvesztése.

A foghúzás – a „nagyközönség” köreiből – talán a legismertebb fogorvosi tevékenység. Nagy utat tett meg a fogorvostudomány, amíg a borbélyoktól a fogorvoshoz került a foghúzás szakszerű elvégzése. És bár a fogászat területén számos innováció, felfedezés és újdonság épült be a napi gyakorlatba, a foghúzás még mindig alapvető tevékenysége a fogorvosok többségének.

A foghúzás nem visszafordítható folyamat: a kihúzott fog végleg elvész. Elvesztése számos következménnyel jár a páciensre nézve - és időnként a fogorvosra nézve is. Ebből az alapesetben egyszerű tevékenységből – a beavatkozások nagy száma miatt – indokolatlanul sok esetben lesz jogeset. A könyv előző fejezeteiben megismerhettük a fogeltávolítás jogi aspektusait. Ezekre a jogi aspektusokra akkor is gondolni kell, amikor napi munkánk során egy fogat eltávolítunk.

Ma, amikor az egészségügy – és azon belül a fogorvosi tevékenység – már-már a végtelenségig szolgáltatói jellegűvé vált, nem szabad elfelejtenünk, hogy gyógyító tevékenységünknek jogi következményei lehetnek. Nyugodt munkavégzésünk és megalapozott döntéseink elengedhetetlen feltétele, hogy ezekkel a lehetséges következményekkel tisztában legyünk.

Reményünk szerint ez a könyv ehhez viszi közelebb a Tisztelt Olvasót!



Kivovics-Péter, Forrai Judit, Lászlófy Csaba, Cseszregi Gerda

# A FOGELTÁVOLÍTÁS KULTÚRTÖRTÉNETI, JOGI ÉS KRIMINÁLIS HÁTTERE



LÉTRA Alapítvány 2021



**Kivovics-Péter, Forrai Judit, Lászlófy Csaba,  
Cseszregi Gerda**

**A FOGELTÁVOLÍTÁS  
KULTÚRTÖRTÉNETI, JOGI ÉS KRIMINÁLIS  
HÁTTERE**

**Budapest, 2021.**



## **KALEIDOSCOPE KÖNYVEK 6.**

Sorozatszerkesztő: Forrai Judit

**A fogeltávolítás kultúrtörténeti, jogi és kriminális háttere**  
(Cultural-historical, legal and criminal backgrounds of tooth extraction)

**Kivovics-Péter, Forrai Judit, Lászlófy Csaba, Cseszregi Gerda**

Lektorok:

Prof. Dr. Nagy Katalin DDS; Ph.D; DSc MFE elnöke

Prof. Dr. Balázs Péter PhD, MD

Szerkesztő: Forrai Judit

Szövegszerkesztés, borítóterv és tipográfia: Pók Andrea

Kiadó: LÉTRA Alapítvány

Budapest, 2021

ISBN 978-615-6275-03-5

DOI 10.32558/fogeltavolitas.2021

# BEVEZETÉS

A nemzetközi és a magyar szakirodalomban nagyszámú szakkönyv jelent már meg, amelyek a fogeltávolítás műtettanáról, általános sebészeti háttéréről, szövődményeiről és annak kezelési lehetőségeiről szól. A fogeltávolítás, foggyökér eltávolítás, köznyelvben használatos kifejezéssel élve a foghúzás alapvető része minden fogorvosképzési curriculumnak. A fogeltávolítás a modern fogorvoslásban sem veszítette el jelentőségét. A sürgősségi fogászati osztályokon, a szájsebészeti osztályokon, az általános fogászati ellátásban igen nagyszámú fogeltávolítás történik és ez a fejlett fogászati prevencióval rendelkező országokban is így van, tehát indokolt a fogeltávolítást oktató és tudományosan feldolgozó kiadványok állandóan megújuló megjelenésének gyakorisága. Ehhez képest igen ritkán jelenik meg azonban ennek az alapvető orvosi beavatkozásnak a jogi háttérét, kultúrtörténeti vonatkozásait, igazságügyi orvosi tudnivalóit feldolgozó szakkönyv. Ezt a hiányt kívánják a szerzők pótolni ezzel a kiadvánnyal. A könyv három részből áll. Az első rész a fogeltávolítás történetjével foglalkozik, a második fejezet a jogi és közigazgatási tudnivalókat tárgyalja, a harmadik pedig az igazságügyi orvostani vonatkozásokba enged tájékozódni.

A történelemtudomány számon tartja, hogy XIV Lajos, a Napkirály idejében az akkori orvosi szemlélet szerint a rossz fogak halálos veszedelmet jelenthettek az egyén számára. A megfelelő műtettan kidolgozatlansága, a célzott gyógyszerek –antibiotikumok- hiánya, a fogorvosi tudás alacsony színvonala gyakran vezetett a fogszuvasodás következményes betegségeként az általános szepszis kialakulásához, majd a beteg halálához. Így hát a Napkirály orvosai úgy döntöttek, hogy a leghelyesebb az, ha XIV. Lajos összes fogát eltávolítják, és ezzel megelőzik a súlyos szövődményeket. Így is történt. Az egyik udvari foghúzó eltávolította a király fogait, s mint ahogy „fontos betegnél” lenni szokott, a felső rágófogak eltávolításakor szövődmény lépett föl, megnyílt az arcürege, így krónikus arcüreg sipoly alakult ki. Az elfogyasztott folyadék és az étel az arcüregen keresztül az orrüregbe jutott, erősen rontva a Napkirály életminőségét (1685). Végül égetett eljárással, cauterizálással, nagy fájdalom közepette, nehezen, több ülésben le tudták zárni az átjárást a száj-arc-orrüreg között. Azonban a fognélküliség megmaradt. A spanyol örökösödési háborúban a Napkirályt

már Fogtalan Lajosnak hívták. Mint látvány nem volt csábító. Ez az orvosi, preventív megoldás száműzte az udvarból a mosolygást és a nevetést, vagyis a fogatlanság láthatóságát. A szakácsok feladata lett – megreformálva a francia konyhatechnikát ezzel – a rágást helyettesíteni a feltálat ételek új textúrájával. Mindent pépesítettek, pástétom költeménnyé váltak a hatalmas, nagydarab sült húsok, a levesek krémlevesé, a nyers zöldségeket puhává, szinte péppé párolták, az édességek harapható formájából, mandulából, egyéb magokból pudíng-parfé masszájú, csak nyelhető marcipán csemegék lettek, a sajtokat túlérelték, folyóssá változtak (blue-cheese). Persze később kiderült, hogy nem szükséges eltávolítani az egészséges fogakat, de addigra a „francia konyha” elterjedt a polgárság körében és megmaradt számunkra, még akkor is, ha eredetéről meglehetősen kevesen, keveset tudnak, mivel ezt egy műtéttani könyvben nem lehet elmesélni.

A teljes fogazat eltávolításának társadalmi-birodalmi szemlélete tovább élt például az angol gyarmatokon szolgáló brit katonák között. Föld egynegyede tartozott a Brit Birodalomhoz fénykorában, az ott dolgozó tisztviselők, ügyintézők, katonák nagy számának nem volt helyileg biztosítva a megfelelő fogászati ellátás. Ezért kialakult az a szokás, hogy mielőtt a tisztviselők és a katonák szolgálati helyükre utaztak, eltávolították, kihúzták az összes fogukat és teljes lemezes fogpótlást készítettek. Mindezt azért, hogy egyrészt ne szoruljanak a helyi varázsló vagy fogdoktor szolgálataira, másrészt azért, hogy elkerüljék a fogszuvasodás következményes betegségeként fellépő súlyos gyulladásokat, és az ebből adódó, szövődményeket, a halállal végződő szepszist. Mít eredményezett ez az angol fogászatban? Kialakult a fogeltávolítás korszerű műtéttana, elterjedtek az úgynevezett „angol rendszerű” fogászati fogók. A protetikában sokat fejlődött a teljes lemezes fogpótlás készítésének új módszere, amelyre a mai napig támaszkodhatunk. A tömeges és nagyszámú foghúzás humanizálásához hozzájárult a többek által (J. Priestly, H. Davy, W.T.G. Morton, W.E. Clarke, stb.) feltálat és kikísérletezett nevetőgázok, altatógázok érzéstelenítő hatásának feltalálása és alkalmazása a fogászatban.

A fenti két példa jól mutatja a fogorvoslás és a társadalom illetve a társadalom és a fogorvoslás szoros kölcsönhatását, a társadalmi igényeknek megfelelő szaktudomány fejlesztését, fejlődését.

A fogorvosképzés kialakulása sem volt egyszerű történet, hosszú évszázadok teltek el, míg kétkezi mesteremberből, egyetemi végzettségű szakember-

orvosképzés kialakult. Ma sem egységes a fogorvosképzés a világon. A különböző módszerek és vizsgáztatási rendszerek alakultak ki az orvosképző-helyeken. A képzések ma már egyértelműen Master szinten történik, de kéttípusúak lehetnek (az angol nomenklatúra szerint):

1. Doctor of Dental Surgery (**DDS**) vagy Doktor of Dental Medicine (**DDM**)
2. Doctor of Dental Medicine vagy latin nyelven Dentariae Medicinae Doctoris (**DMD**)

1) A **DDS** és a **DDM** esetén a fogorvosi, addig nem master szintű képzést közelítették az orvosegyetemi master képzéshez. Ebben a képzés rendszerében a nem fogászati tárgyakat közelítették az orvosi képzéshez. Ezekben a képzőhelyeken anatómiából szinte kizárólag a fej-nyak anatómiát tanítják. A belgyógyászati, általános sebészeti, neurológiai, és általános medicinális képzés csekély. (főleg Amerikában terjedt el ez a képzési módszer, de nem mindenhol.)

Amennyiben a DDS/DDM végzettségű fogorvos általános orvosi végzettséget kíván szerezni, be kell iratkoznia általános orvosi képzésre, ahol minden tárgyat (anatómia, élettan, belgyógyászat, neurológia, farmakológia, stb.) fel kell vennie. A DDS/DDM képzés nem beszámítható.

2) A **DMD** képzés esetén a fogorvosképzés az általános orvos képzésből vált le (európai minta). A pre klinikai és a klinikai általános orvosi tárgyak tananyaga 80% átfedést mutat a fogorvostudományi karok és az általános orvostudományi karok között, így amennyiben a DMD végzettségű fogorvos általános orvosi végzettséget kíván szerezni, be kell iratkoznia az általános orvosi képzésre, ahol az átfedő tárgyakat elfogadják, és nem kell újra levizsgázni ezekből. Mind a két képzési struktúrának (DDS/DDM és a DMD típusnak van létjogosultsága. A Semmelweis Egyetemen (csak úgy, mint Harvard University esetén) ma DMD képzés folyik.

Ebben a könyvben a magasan képzett kollégák érdeklődésére a fogeltávolítás jogi hátterét, kultúrtörténeti vonatkozásait, igazságügyi orvosi tudnivalóit feldolgozó munkát adjuk közre.

Remélve, hogy kollégáink haszonnal forgatják a könyv jogi és igazságügyi fejezeteit és élvezni fogják a kiadvány kultúrhistoriai részét, bízva abban, hogy olyan szeretettel fogadják, amilyen szeretettel írtuk számukra e könyvet!

A szerzők

# TARTALOM

<b>BEVEZETÉS</b> .....	3
<b>A FOGHÚZÁS TÖRTÉNETÉBŐL</b> .....	9
<b>I. FOGHÚZÁS, MINT BÜNTETÉS, KEGYETLENKEDÉS, CSONKÍTÁS, MEGTORLÁS ESZKÖZE</b> .....	9
Mezopotámia - Hammurabi törvényei.....	10
Bibliai törvények.....	11
Apollónia keresztényi vértanúsága.....	12
Magyarországi történetek .....	14
<b>II. FOGHÚZÁS A FOGBETEGSÉGEK VÉGSŐ MEGOLDÁSÁRA</b> .....	16
Kik foglalkoztak a foghúzással?.....	21
A fogászati praktizáló helye és kapcsolódási pontjai a társadalomban .....	24
A helyi ellátók, gyógyítók .....	24
Vándor gyógyítók.....	26
A foghúzás menete .....	28
Esetleírások különböző korokban.....	32
Elnevezések, mint nyelvi lenyomatok, magyarázatok.....	33
A foghúzás képi ábrázolása, toposza.....	33
Társadalmi megosztottság, fizetési kategóriák.....	37
Magyarországi helyzet.....	39
Hazai szakirodalom – a fogkivonásról.....	41
<b>III. FOGHÚZÁS SZERVDONORTÓL</b> .....	42
Élő transzplantáció .....	43
Szakmai dokumentumok .....	42
Szépirodalmi leírások .....	44
Vizuális dokumentumok.....	47
Halottból eltávolított fog beültetésre .....	49
Összefoglalás.....	51
<b>A FOGELTÁVOLÍTÁS JOGI VONATKOZÁSAI</b> .....	57
<b>I. A. BETEGEK JOGÁLLÁSA</b> .....	57
1. Az egészségügyi ellátáshoz való jog .....	58
2. Az emberi méltósághoz való jog .....	59
3. A kapcsolattartás joga.....	61
4. A gyógyintézet elhagyásának joga.....	62



5. A tájékoztatáshoz való jog.....	62
6. Az önrendelkezéshez való jog .....	65
7. Az ellátás visszautasításának joga .....	67
8. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga.....	68
9. Az orvosi titoktartáshoz való jog .....	70
I/B A betegek kötelezettségei .....	71
<b>II. AZ ORVOS JOGÁLLÁSA.....</b>	<b>72</b>
1. Fogorvos jogai és kötelezettségei. ....	73
Személyi feltételrendszer.....	73
Foghúzáshoz szükséges képzés .....	73
2. Nyilvántartások.....	75
3. Tárgyi feltételrendszer .....	76
4. Ellátási kötelezettség.....	77
5. Az ellátás megtagadásának joga .....	78
6. A vizsgálati és terápiás módszerek megválasztása .....	79
7. Tájékoztatási kötelezettség .....	82
8. Dokumentációs kötelezettség .....	84
9. Titoktartási kötelezettség .....	85
10. Fogorvosi tévedések, hibák .....	85
<b>III.SPECIÁLIS KÉRDÉSKÖRÖK.....</b>	<b>88</b>
1. Gyermekek.....	88
2. Fogvatartottak.....	90
3. Hajléktalanok .....	91
4. Fogyatékkal élők.....	92
5. Pszichoaktív szer befolyása alatt álló betegek.....	94
6. Várandósok .....	95
7. Fertőző betegek.....	95
8. Pszichiátriai kezelés alatt álló betegek.....	96
Az eltávolított fog .....	97
Összefoglalás .....	98
<b>IGAZSÁGÜGYI ORVOSSZAKÉRTŐI ESETEK.....</b>	<b>102</b>
<b>I. ALFRÉD ÉS A JOBB FELSŐ MARADÓ METSZŐFOG ESETE .....</b>	<b>103</b>
A dokumentáció.....	106
A vélemény .....	108
<b>II. A SINUS MAXILLARIS ÉS A SZÉGYENLŐS KEZELŐORVOS .....</b>	<b>110</b>
A dokumentáció.....	111
A vélemény .....	115

III. REPÜL AZ ANYAGFOGÓ CSIPESZ.....	117
Dokumentáció .....	118
Szakértői vélemény.....	121
A szakértői válasz a kérdésre .....	122
Összefoglalás.....	124
<b>SZERZŐKRŐL .....</b>	<b>126</b>

# A SZERZŐKRŐL

**Prof. Dr. Kivovics Péter DDS CSc/PhD,  
egyetemi tanár**



Dr. Kivovics Péter 1978-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Fogorvostudományi Karán. Ezt követően elvégezte a Bácsy Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolát. 1979-2012 között a Fogpótlástani Klinikán dolgozott. 2012-ben átvette a Központi Stomatológiai Intézet vezetését, majd az Intézet 2013-ban történt orvosegyetemi integrációja után a jogutód Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet igazgatója volt 2020-ig. Ezt követően az Intézetben a Gerosztomatológiai és Helyreállító Protetikai Osztály vezetője. Mint oktató részt vett a fogtechnikus képzésben, a fogászati asszisztens képzésben, a klinikai fogászati higiénikus képzésben és a dentálhigiénikus képzésben. Óraadó tanár volt az ELTE Bácsy Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán. Tudományos fokozatai: az orvostudomány kandidátusa (C.Sc.), PhD, Oktatott tantárgyai: Fogászati anyagtan, Odontotechnológia, Teljes foghiányok gyógyítása, Sürgősségi fogászat, Gerosztomatológia. 2011-ben Kiváló Oktató kitüntetést kap. Szakvizsgái: Fog- és Szájbetegségek szakorvosa, Konzerváló fogászat és fogpótlástan szakorvosa, Fogpótlástan szakorvos, Orális implantológia szakorvosa. 2018 óta címzetes egyetemi tanár. Jelenleg Országos Szakfelügyelő főorvos (Fog- és Szájbetegségek Szakirány). Fő kutatási területei: gerosztomatológia, helyreállító protetika, fogászati prevenció.

**Prof. dr. habil. Forrai Judit DDS PhD**  
**DSc, egyetemi tanár**



Forrai Judit egyetemi tanár. Tanulmányait a Semmelweis Egyetem Fogorvos Karán (1973), és az ELTE BTK történelem (1988) és muzeológia szakán (1989)végezte. Fog- és szájbetegségek, valamint a társadalomorvostan szakorvosa. Kutatási területei részben az orvostörténet irányában, részben a társadalomorvostan, a szociális medicina, ezen belül a szexológia területe felé irányul. 1898-óta a Semmelweis Egyetem akkor Orvostörténeli és Társadalomorvostani Intézetében kezdte, ma intézet jogutódjának a Népegészségtan Intézetben dolgozik most már csak óraadóként a postgraduális oktatásban. 1995-től a mai napi a Wesley János Lelkészképző Főiskola tanára. 2011-től egyetemi tanár. 2013-tól az MTA doktora. Oktatási és érdeklődési köre az orvostörténet, valamint a primer prevenció és szociális tevékenység a különböző hátránnyal élők között (fiatalok, nők, értelmi sérültek, kisebbségben-, állami gondoskodásban élők, prostituáltak, melegek) intézményes és civil formában. A hazai szexuálpedagógia módszertanának kidolgozója és szakértője, munkája eredményeként az ország 4 felsőfokú intézményben tantárgy formájában kidolgozta és oktatják az „utcai szociális munka és prostitúció tárgyat.” Alapítója a Kaleidoscope – Művelődés-, Tudomány és orvostörténeli online folyóiratnak, valamint a Szex Edukációs Alapítványnak 1991 óta. Számos hazai és nemzetközi civil szervezet, hálózat tagja. Több mint, 350 publikációja hazai és külföldi szaklapokban jelent meg. Tankönyvei és tananyagai (egyetemi, középiskolai) a mai iskolai oktatás szerves része.

**Dr. Lászlófy Csaba DDS szájsebész  
szakorvos, igazságügyi szakértő**



Dr. Lászlófy Csaba 1996-ban végzett a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karán. A Szent Rókus Kórház Arc-, Állcsontsebészeti és Szájsebészeti Osztályán kezdte pályafutását. A szájsebészet szakvizsgát 2003-ban szerezte meg. 2008-ban dentoalveoláris sebészet tárgyából is szakvizsgázott, és az újonnan bevezetett orális implantológia szakvizsgát is letette 2019-ben.

Igazságügyi szakértői tevékenységet 2005 óta végez arc-, állcsont és szájsebészet, illetve fogorvostan szakterületeken. Részt vesz az egyetemi és a posztgraduális oktatásban, illetve szájsebészeti rezidensképzésben is a Szegedi Tudományegyetemen, emellett implantológiai és szájsebészeti magánpraxist is folytat.

**dr. Cseszregi Gerda DDS fogorvos  
hadnagy**



1995. augusztus 16-án születtem Győrben, ahol jelenleg is élek. A győri Kazinczy Ferenc Gimnázium és Kollégium tanulójaként kiváló tanárok vezettek be a természettudományi tárgyak, különösen a biológia és kémia rejtelmeibe, ezért elhatároztam, hogy tanulmányaimat fogorvosi pályán szeretném folytatni. Felvételt nyertem a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karára. Leginkább a szájsebészet szakirány érdekelt, ezért az egyetem Tehetséggondozó Programjának keretén belül a Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet szájsebészeti osztályán mélyítettem el tudásom, majd kezdtem el dolgozni. Az Intézet tudományos diákköröseként „Realisztikus csontmodell vizsgálata véges elemes módszerrel” illetve „Az ízérzés zavarainak összefüggése a gyógyszereszedéssel” témában végeztem kutatást. Jelenleg a Magyar Honvédség Egészségügyi Központjának fogorvos tisztjeként a győri Pálffy Miklós laktanyában szolgálok, mellyel gyerekkori álmom vált valóra.