

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 történeti áttekintésével foglalkozik, a második fejezet a jogi és közigazgatási tudnivalókat tárgyalja, a harmadik pedig az igazságügyi orvostani vonatkozásokba enged tágabban betekintést.

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 műtét 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 szolgálattételi 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 kultúrhistoriái 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. Gyermek.....	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>

Forrai Judit

# A FOGHÚZÁS TÖRTÉNETÉBŐL

DOI: 10.32558/fogeltavolitas.2021.1

A fogászati szakma történetét tekintve a kezdetektől teljesen külön állt a medicinától, nem tartozott az orvosi tudományhoz. Egészen a 18. századig lenézett, egyszerű, speciális iskolát, tudást nem igénylő, más szakmát kiegészítő tevékenység volt, így kerülhettek a fogkihúzáshoz közel különböző foglalkozásból érkező, vagy azt megtartó kiegészítő foghúzó, mint pl. a kovács, borbély, sebketőző, kuruzslók stb.

Milyen célból húzták ki a fogakat a történelem során? Ne gondoljuk, hogy csupán a gyógyítás, segítség neves szándéka volt az egyetlen cél, amiért valakinek a fogát eltávolították, kiverték, kitépték.

Három különböző szempontból, társadalmi, orvosi és nyereszkeségi okból vizsgáljuk a foghúzás történetét, úgy, mint 1. büntetés és kegyetlenkedés céljából, 2. destruált, beteg fogállapot gyógyításának céljából és 3. szervdonorság, mint gazdasági haszon, kényszerítő, parancsuralmi eljárások miatta donor szempontjából, más esztétikai igényének kielégítéséért a recipiens részéről.

## I. FOGHÚZÁS, MINT BÜNTETÉS, KEGYETLENKEDÉS, CSONKÍTÁS, MEGTORLÁS ESZKÖZE

A gyógyítás ellenkezőjére is komoly indok volt a foghúzásra az emberiség történetében a kezdetektől, ez pedig a test feletti büntetés, kegyetlenkedés célja. Az emberi kegyetlenkedés, fizikai kínzás egyik módszere volt a test teljes birtokbavétele, majd megcsonkítása, fájdalom okozása az elítéltnak, a bűnösnek tartottak.

A legszigorúbb büntetés a fizikai megsemmisítés volt. A kivégzés típusai egyébként nem voltak egyenrangúak. A teljes test megsemmisítése módszerei meghatározott hierarchiáival rendelkezett. Egy bizonyos bűnhöz egy meghatározott kivégzési mód járult. (például boszorkányok, eretnekek elégetése).

A csonkítás része volt a kivégzésnek, részleteiben el lehetett érni a végcél. A csonkítás olykor elegendő volt a kivégzés helyett, sőt, az idők folyamán humánusabb eljárásnak gondolták a végső megsemmisítésnél. A fejen lévő látványos csonkításokat előszeretettel alkalmazták általában pl. az orr, a fül a nyelv

le- és kivágását, vagy a nők arcának elvágása, szépségük ily módon történő destruálása és természetesen a fogak kitépése. Kettős célja volt a test büntetésének, elsődlegesen a test csonkításával járó fájdalom okozása, mely a bűn annullálását<sup>1</sup> érthette el. Ha életben maradt az illető, akkor egész hátramaradó életében viselhetette a megkülönböztetett jegyét elkövetett bűnének, mint külön pszichológiai büntetés, megszegyenítés pl. az ókorban, Indiában népszerű büntetés volt az orr levágása. Ezért fejlődött már akkor – ugyan kezdetleges módon - a rhinoplasztika, vagyis az orr pótlására való törekvés, a homlok bőréből készített lebennyel való fedése a nyitott orrüregeknek.

Baleset, vagy szándékos, esetleg sikertelen kezelés esetén a testi kárt az igazságos megtorlás, kompenzáció az un. *talio*-elv szerinti eljárás érvényesítését jelenti mind Mezopotámiában, mind az Ótestamentum és az Újtestamentum törvényei szerint. Testi fenytés a társadalmi akarat szerint az igazságos büntetésnek tartott mértéke. Ezzel az egyéni bosszúállást kívánták szabályozni, illetve semmissé tenni az egyéni indulatok kezelhetetlenségét, egyben egységesíteni megfelelő mérték szerint a bűn büntetését.

## Mezopotámia – Hammurabi törvényei I.e. kb. 1700-ban

*Hammurabi* babilóniai király kőoszlopába – sztléjébe – vésett törvénygyűjteményének tudományos feldolgozói a 200-as és a 201-es számmal jelölik azokat a törvénycikkeket, amelyek szerint, ha valaki vele azonos társadalmi osztályba tartozónak kiüti a fogát, akkor büntetésül az ő fogát kell kiütni; ha pedig a kárvallott alacsonyabb társadalmi osztályban lévő, akkor kárpótlásul 1/3 mina (1 mina = 505 gr) ezüstöt kap. (1. ábra)



1. ábra Hammurabi törvényoszlopa

<sup>1</sup> Michael FOUCAULT: *Felügyelet és büntetés. A börtön története*. Gondolat. Bp. 1990.

**Bibliai törvények** rögzítik a kiegyenlítést elkövetett bűn és bosszú között: „fogat fogért” elvét a Tórában (Ószövetségben) több helyen is ismétlődik fontossága miatt (Ex 23-27, Lev 24,19-22, Deut 19,21.)<sup>2</sup>

Mózes II. könyve, Exodus

23. De ha veszedelem történik: akkor életért életet adj.

24. Szemet szemért, fogat fogért, kezet kézért, lábat lábért;

25. Égetést égetésért, sebet sebért, kéket kékért.

26. Ha valaki az ő szolgájának szemét, vagy szolgájának szemét úgy üti meg, hogy elpusztul, bocsássa azt szabadon az ő szeméért.

27. Ha pedig szolgájának fogát, vagy szolgájának fogát üti ki, bocsássa azt szabadon az ő fogáért.

Mózes III. Leviták Könyve 24:19–20

19: Ha valaki megsebesít valakit a népéből valók közül, vele is bánjanak úgy, ahogy ő tett,

20: törést törésért, szemet szemért, fogat fogért. Amilyen az emberen okozott kár, olyat kell neki is ehvíslnie.

Mózes V. Deuteronomium 19:21

Ne szánakozz rajta! Életet életért, szemet szemért, fogat fogért, kezet kézért, lábat lábért! Itt a szervek fontossága is számít a felsorolás sorrendjében.

Újszövetség is ismétlődik a talio-elv. Máté 5,38:

Hallottátok, hogy megmondattok: Szemet szemért, fogat fogért.



2.ábra: Talmud tekercs

<sup>2</sup> MAGYAR László András: A foghúzás egy háromezer éves büntetés. *Képmás.* 2020.10.28. <https://kepmas.hu/hu/foghuzas-egy-haromezer-eves-buntetes>

## Apollónia keresztényi vértanúsága

Leghíresebb büntetett személy, áldozat Apollónia volt, akit később szentté avattak, és a fogfájás, fogbetegségek védőszentjévé vált.

A I.sz. a 3. században az egyiptomi Alexandriában született Apollónia, 249-ben halt vértanúhalált, aki idős hajadon diakonisszaként egy keresztény közösségben szolgált. A sorstársairól szóló tudósításokat Alexandria püspökének, Nagy Dionüsziosznak, az antióchiai püspökhöz írott leveléből ismerjük, amelyben beszámolt számos alexandriai keresztény vértanúhaláláról.<sup>3</sup>

A diakonissza halála társadalmi háttere, hogy Decius császár (I. u. 249–251), – aki Pannónia szülötte és előzőleg a dunai légiók parancsnoka volt – uralkodásának idején bevezette az első, állami szintű keresztényüldözést, majd betiltotta a kereszténységet. Így esett áldozatul a hithű, vallását meg nem tagadó Apollónia. Ökölrel kiverték a fogait, majd máglyára akarták vetni, de ő önként ugrott a tűzbe elviselhetetlen fájdalmai miatt. Mártíromsága a középkori szent kultuszban a fogfájástól szenvedők védőszentje lett saját szenvedései révén, a Gergely naptár szerint február 9-én van megemlékezésének napja.

Az esetéről készült korabeli leírások és a róla szóló reneszánsz képi ábrázolás között eltelt több mint 1000 év alatt a történet fogászattörténeti szempontból érdekes. Ugyanis halála legkorábbi ismertetésében a fogát kitörték és semmilyen műszert, idegen eszközt nem említenek. „*A férfiak megragadták, és ismételt ütésekkel eltörték az összes fogát*”<sup>4</sup> Többféle leírásban, lexikonban a különböző fordításnak megfelelően egyszeri pofon következtében, máshol többszöri ütlegelés után tört ki az összes foga. A ránk maradt képi ábrázolások a reneszánsz kortól kezdve egészen más üzenetet közvetít. A középkorban elterjedt már meglévő és gyakorta alkalmazott technikai eszközök, nevezetesen a fogfogó használata megjelenik a képeken. Hatalmas, túldimenzionált, figyelemfelhívó, extra nagy

---

<sup>3</sup> Detail of a miniature of the martyrdom of St Apollonia, at the beginning of her suffrage, from a Book of Hours, France (Paris), c. 1440 – c. 1450, *Egerton MS 2019*, f. 217r

<sup>4</sup> *Catholic Encyclopedia*: <https://www.heiligenlexikon.de/CatholicEncyclopedia/Apollonia.html>

fogóval húzzák ki az egyre fiatalabb és egyre szőkébb, törekeny külső tulajdonságokkal rendelkező Apollóniát. Vagyis idealizálják személyét az akkori keresztény szent nőknek megfelelően és láthatóvá, sőt hangsúlyossá teszik a kor technikai vívmányának, a fogó használatának elterjedését is. A kegyetlenkedés kontrasztja minden képről sugárzik a törekeny, szőke, fiatal nő – az ideális áldozat megtettesítője - marcona férfiak gyűrűjében, lekötözött testtel, tehetetlenül szenved el a kegyetlen büntetést-kínzást. A férfiak kezükben egy hatalmas vasfogóval, rátaposva Apollóniára, jelezve a test jelentéktelenségét, s egyben a férfierő kifejtésének nagyságát a törekeny asszonyi testen. A kép népszerű ábrázolása egyértelműen hangsúlyos, hírértékű valóságot hordoz. Itt egyszerre láthatjuk a képi média célját és módszereit, a kor üzenetét, és magát a folyamatot, vagyis a régi esemény 1000 évvel későbbi megfogalmazását, értelmezését, az esemény cselekményét, egy pillanatba sűrítve, többnyire már a szentté avatás utáni miliőben.



3. ábra: Szent Apollónia több kis miniatúrában: Thomson kollekcijából, Barton Turf templom fakazetta, Egerton gyűjteményből, Jehan Fouquet

## Magyarországi történetek

A magyar történelmi időkben a török 150 éves uralmának időszakban található – feltételezett előzetes török példa kapcsán – a fogak kihúzása, kivonása, mint büntetés. Ezen időszak kezdetén már megjelenik a nagy humanista költőnknél, **Balassi Bálintnál** is ez a csonkítás igénye, büntetésként. Balassi a következő utasítást írta meg unokatestvérének és ajánlotta a törökökkel való háború során 1577-ben, hogy azoknak a foglyoknak, akiket váltságdíj fejében szabadon engedett Hasszán agáért kezeskedtek, de a fizetés elmaradt, ezért a tartozás fejében a harmadik zápfogakat húzassa ki. „...*csak az én ifjúságomra támaszkodtak, vélvén azt, hogy megszabadíthatják ajándékon is tőlem azokat, az kik oda bé vadnak), hogy azoknak az kik Hasszán agáért kezesek, alól az harmadik zápfogokat vonassa ki Kegyelmed.*”<sup>5</sup>

Nemcsak kezesek és foglyok kínzásaként, hanem büntetésként is szokás volt fogakat kitörni. 1599-ben **Bornemissza Péter** egyik prédikációjában ezt írja:

„*Generális Ó Nga ilyen. parancsolatot adott, hogy főbiránk az szabadosoknak se ne parancsoljon, se az ő felsége dolgára ne küldjük, mert' b a parancsol nekik, tehát nyavalyáj a leszen főbiránknak, süit azt izente,' hogy az fogait kitöröti főbiránknak*” (Nyr 74:121)<sup>6</sup>

Magyary-Kossa a következő híres esetről számol be 1661-62-ről. **Kézdi-Vásárhelyi Matkó István református lelkész** egyike volt a 17. század legkiválóbb protestáns hitvitázóinak, kinek sok baja volt Sámbar Mátyás hittérítő jezsuita teológussal; ő ellen írta ismert - akkoriban nagy port kavart gúnyiratát is: „*Bányász-csákány, mehybel amaz... eszelössen színlő s mázló Sámbar Mátyás nevű tudatlan sárgyúró megcsákányoztatik.*”<sup>7</sup> (MATKÓ, 1668.) Róla beszélnek, hogy felsőbányái prédikátor korában Sámbart — halálos feltételekkel — vita-párbajra hívta ki, mely Nagyvárad piacán történt. A vita Matkó győzelmével végződött; de ő nem élt azzal a jogával, hogy Sámbart megölje. Megkegyelmezett, helyette két ép fogát húzta ki harapófogóval, akit háromszor végig vonszolt a város piacán, míg

<sup>5</sup> KÓSZEGHY Péter: *Balassi Bálint, magyar Alkibiadesz*. Balassi Kiadó KFT. 2008. ISBN 9789635067619.

<sup>6</sup> O. NAGY Gábor: Otthagyta a fogát. *Magyar Nyelvőr*. 76. évfolyam 1952. március-április szám 136–138. [http://real-j.mtak.hu/6026/1/MagyarNyelvor\\_1952.pdf](http://real-j.mtak.hu/6026/1/MagyarNyelvor_1952.pdf)

<sup>7</sup> MATKÓ István (1625–1693): RMK I. 1072 – X, ut tők könyvnek el-tépése, avagy Banyasz csákány, mellyel amaz főnyenyen építetett s-már leromlott házát, elébbi főnyenre sikeretlen sarral raggatni akaró és 1000. mocskokkal eszelössen színlő s-mázló Sambar Mattyas nevű tudatla(n) sárgyúró... [https://library.hungaricana.hu/hu/view/RMK\\_I\\_1072/?pg=0&layout=s](https://library.hungaricana.hu/hu/view/RMK_I_1072/?pg=0&layout=s)



a két fogat ki tudta tépni állkapcsából. Azonban ezt az eseményt csak az ellenfelei terjesztették róla karaktergyilkosságból, pedig Matkó fogkitépés nélkül kegyelmezett meg ellenfelének<sup>8</sup> könyvében megcáfolja a róla terjesztett fogkitépés híret (MATKÓ, 1669) (4. ábra).

Ez a történet azért érdekes, mert itt a teljes test kivégzés helyett egy szimbolikus ún. fogkivégzés (lett volna), de ugyanakkor egy lelkész semmilyen módon nem ölhet, még jogos ellenfelét sem – legalább is hivatalosan.



4. ábra: Matkó István teológus könyve, melyben cáfolja a róla terjesztett fogkitépés híret,

<sup>8</sup> SÁMBÁR Mátyás (1661) *Első: A Lutteránosok, és Calvinisták igaz hitben vadnake? Második: Csak az Egy Pápista Hité igaz? Harmadik: A' Pápisták ellenkezneké á Sz; Irással, avagy inkább a' Lutterek, és Calvinisták?* RMK I 979, RMNy 2997 . Schneckenhaus Menyhart Venceszló, Nagy-Szombatban. <http://real-r.mtak.hu/id/eprint/407>

Így aztán érthető, hogy a halállal szinonima lett az *otthagytá a fogát* szólás-mondás. akik otthagyták a fogukat, a valóságos fog-otthagyasok, a kínzó fogvonások, fog-kitörések a testi fenyegetés látványos, szimbolikus gyilkossága, a fizikai megsemmisítés része volt. Igazi szólássá akkor merevedett, és mai jelentését akkor kapta meg ez a szókapcsolat, amikor a 18. sz. végén már teljesen feledésbe merült a törökvilágnak ez a kínzásmódja.<sup>9</sup>

## II. FOGHÚZÁS A FOGBETEGSÉGEK VÉGSŐ MEGOLDÁSÁRA

**Az őskortól kezdve** a romló fogakat igyekeztek eltávolítani a szájüregből. Se műszer, se tudás, csak a gyógyító szándék volt kezdetben. Az erős fájdalomtól való megszabadulás vezérelte mind a beteget, mind az arra hajlandó segítőt, kezdetben harcos társat, bajtársat.

A foghúzás ősi technikája, amelyet a szkíta aranyedényeken lévő egyik legrégebbi ábrázolásának tekinthetünk, a Krím-félszigeten a Kul-Oba-ban található szkíta sírokban találtak, (Ma az oroszországi Szentpéterváron található Ermitázs Múzeumban őrzik) az I.e. 4. ezred kézzel történő foghúzást ábrázolja. (5. ábra)



5. ábra: Asszír harcos kézzel történő foghúzása. Szkíta aranyedény töredék, I. e. 4. század.

<sup>9</sup> O. NAGY Gábor: Otthagytá a fogát. *Magyar Nyelvőr*. 76. évfolyam 1952. március-április szám 136–138. [http://real-j.mtak.hu/6026/1/MagyarNyelvor\\_1952.pdf](http://real-j.mtak.hu/6026/1/MagyarNyelvor_1952.pdf)

Első konkrét fogfogó műszert az ókori görög és római foghúzó mesterek saját maguk készítették. Ezeket a „szerszámokat” már célszerszámnak nevezhetjük, vagyis már az akkori technika segítségével öntvényekből, bronzból később vasból, csavarokkal ellátott fogó formájú kéziműszert tudtak készíteni kizárólag erre a célra, amely a mai fogfogók őst jelentette. Bár a fogók működő része egyáltalán nem volt hasonlatos a mai fogók kifinomult, praktikus vonalvezetéséhez. A harmonikusan tervezett formája ellenére hosszú évszázadokig nem voltak alkalmasak a fog kihúzására.

A ókori görög medicinában a fogak kihúzására használatos műszert, fogót az ὀδοντάγρα (Odontagra) az ὀδός (= fog) és ἄγρα (= vadászat, letartóztatás) szavakból származik. Az orvosi eszköz ἄγρα, csak bizonyos irányba húzza a fogat. Bár ez a kifejezés a mai görög nyelvben fennmaradt, az ókori görög irodalomban nem említik.<sup>10</sup>

Az egyiptomi Julius Pollux Onomastikonjában (I.sz.2. század), leírja az orvosok által használt orvosi műszereket<sup>11</sup> többek között a fogfogót is.

Az efezosi Soranus műveiből fennmaradt kivonatokban kizárólag a ὀδοντάγρα kifejezést használja, amelyben a fogókat a csontszilánkok kivonására alkalmazta.<sup>12</sup>

A mai napig a fogfogó az informális szimbóluma a fogorvosi működésnek. Azonban, ahogy várható volt, a fogó feltalálását Asclepius istenségnek tulajdonították.

Az ókori görög és latin orvosi szakirodalomban széles körben elterjedt, hogy a fogak foghúzásnak ésszerűnek kell lennie, és ez azt jelenti a fogászati fájdalom kezelésének végső eszköze legyen csak a foghúzás. A késleltetett foghúzásnak az oka az volt, hogy fennállt a beteg halálának veszélye, amely a foghúzási beavatkozással járt. Herophilos (I.e. cc. 335– i.e. 280 alexandriai görög orvos számolt be a betegek fogfogóval történt foghúzás utáni haláláról. Egyéb észlelt probléma is szerepet játszott a fogfogó ritka használatához. Ugyanis előfordult, hogy a fogót olomból készítették, és ezzel a puha, formálható állagú fémmel nem lehetett nagy erőt kifejteni,

---

<sup>10</sup> Dimitrios Chr. KOUTROUPAS, Evangelia LIOUMI, George VOUGIOUKLAKIS: *Tooth Extraction in Antiquity*. Journal of the History of Dentistry 68(3):127-144

<sup>11</sup> KOUTROUPAS D. & VROTSOS I: *Dental Terms in Julius Pollux's The Onomasticon*. J Hist Dent. 2012; 60(3):121.

<sup>12</sup> James Vincent RICCI: *The Development of Gynaecological Surgery and Instruments*. The Blakiston Company. Philadelphia, Toronto, 1990. 41.

ezért csak azokat tudta kihúzni, amelyek már mozognak és könnyen, esetleg maguktól is kiesnek. (6. ábra)

Voltak olyan orvosok, akik akkor haboztak a fogak eltávolításában, ha különösen heveny fájdalom jelentkezett, és minden más kezelés már sikertelen volt. Aulus Cornelios Celsus (i.e.25-i. sz. 50) a *De Medicina* című értekezésében, amely mind a foghúzási folyamat, mind az esetlegesen előforduló szövődmények legteljesebb leírását tartalmazza, óvatosan alkalmazza a fogót. Felfogása megegyezik a többi orvoséval. Úgy véli, hogy a foghúzást az esetben kell elvégezni, ha a fogfájás kezelésére szolgáló klasszikus gyógyszerkészítmények már nem sikerültek.

Az arab-perzsa orvosi kultúrában is alkalmazták a foghúzást egyéb kezelések sikertelensége után. Kétségtelenül annak az időszaknak a legjelentősebb perzsa nyelven írt orvosi könyve Abubakr Rabi ibn Ahmad al-Akhawayni al-Bokhari és Hidayat al-Mutallimin fi-al-Tibb (Tanulói útmutató az orvostudományhoz) című könyve, mely a fogbetegségekkel foglalkozik. Akhawayni Razes tanítványa volt.



6. ábra: ókori görög és római fogfogók

Ellentétben az akkori orvosi „európai” szemlélettel Akhawayni fogászati betegségekkel és kezelésekkal kapcsolatos nézetei főként anatómiai elveken alapulnak, és kevésbé befolyásolták a perzsa orvosokat a görög humorális elmélet, nem foglalkoztak az akkor divatos varázslattal és az amulettekkel. Elutasította az akkor még érvényben lévő fogkukac-caries elméletet, vagyis a fogféreg hamis elképzelését. De foglalkozott alapos anatómiai ismeretei kapcsán a fogideg kivágásával a fájdalom enyhítésére, az érzéstelenítő füst felhasználásával, a természetes fertőtlenítőszer alkalmazásával és a fog megőrzésével az utolsó lehetőségig a kihúzás előtt. Ha pedig húzásra került sor, speciális fogókat használt az eltávolítandó fogakhoz.<sup>13</sup>



7/ a. ábra *Abulcasis al-Tasbir* könyvéből

<sup>13</sup> Kazem KHODADOUST,<sup>1</sup> Mohammadreza ARDALAN,<sup>2\*</sup> Reza POURABBAS,<sup>3</sup> and Majid ABDOLRAHIMI<sup>4</sup>: *Dental and oral diseases in Medieval Persia, lessons from Hedayat Akhawayni*. J Med Ethics Hist Med. 2013; 6: 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885147/>





7/ b. ábra arab-perzsa fogbuzzás, mint legvégső terápia

**A kora középkortól** kezdve hol orvosok szolgálai, hol fürdősök, borbélyok feladata volt a rossz fogak kitörése, kivonása, kiverése, eltávolítása. Ugyanis nem ismerték a fogak anatómiáját. Ezzel a tudással a reneszánsz korban ismerkedtek meg kevesen, amikor a boncolást elkezdték, majd még 300 év várakozás után a francia Pierre Fauchard (1679–1761) speciális fogászati könyvében alapos ismeretekkel a fogak pontos anatómiai leírása, ismertetése után alakíthatták ki a fogfogókat igazodva a különböző típusú fogak anatómiai jellegéhez.

Szakmai működést a 9–10. században kezdődő céh-rendszer az iparosok és kereskedők érdekvédelmi társulásai biztosították a 19. századig. Ez a szakmai közösség védte a szakmai és személyes érdekeket előírásainak megfelelően, az utánpótlást biztosítva inasokat tanítottak, speciális feladatokat láttak el, amely egy szakmai fórum volt. Persze nem voltak önálló fogászati céhek, hanem a sebészek céhén belül húzhatott valaki fogat, de ugyanakkor megalakult, a borbélyok céhe is, ahol a haj vágása és borotválkozáson kívül fogászati jellegű feladatot is elláthattak. Aki nem volt bármelyik céh tagja az törvény szerint nem dolgozhatott. A limitált tudásszintjük ellenére voltak olyan céhlegények a borbélyok között, akik sebészi feladatokat is elláttak. A szakmai határok és kompetenciák nem voltak egyértelműek.

## Kik foglalkoztak a foghúzással?

Az orvosok nem foglalkoztak a fogakkal, hiszen a testbe való behatolás alantas munka volt, vagyis nem volt méltó az orvosi tudáshoz képest, így alkalmi mesteremberek, sebkezelők, sebészek, fodrászok-borbélyok, fürdősök, kuruzslók stb. kézügyességgel rendelkezők, aranyművesek, vagy egyszerűen csak szélhámosok, sarlatánok, kuruzslók kezelték a fogbetegeket, több-kevesebb sikerrel.

A szakadék az orvosok és sebészek között a tudásszintben volt, mivel az orvosi nyelv latin volt, a sebésmesterek, főleg a borbélyok és egyéb foglalkozásúak többnyire sem írni, sem olvasni nem tudtak. Így a fogvonás és fognyomás tudás- és célműszerek hiányában elég „kontár” segítségnek tűnt. Azonban a fájós fogú betegeknek ez mindent jelentett, ha megszabadulhattak bármi áron a kízó fogfájástól. A fogkivétel, kitörés, a ház körül található szerszámokkal történt, akár a ló patkoláshoz használt fogó, akár bármilyen kézi vas szerszám is a célt szolgálta. A mozgó fogakat egyszerű kivonással, kézzel távolították el.



7. ábra: 18.-századi patkoló szerszámot foghúzásra is alkalmazták.  
Sommelweis Múzeum

Kik voltak ezek a fogbetegeket ellátó sokféle szakmából érkező segítők? Voltak, akik helyben dolgoztak és voltak vándor mesteremberek, akik meghatározott útirányban faluról-falura, városról-városra jártak. Miután nagyon rossz volt az ellátottság, kevés sebész, bába, még kevesebb orvos állt a lakosság rendelkezésére, gyógyszerhiány és kórházak kevés száma miatt nagy teret kapott a nyereszkeskedésből megélőknek, mint az ál orvosok, álsebészek, kuruzslók, sarlatánok.

A fogászati praktizálókat a múltban gyakran gyanúsították meg azzal, hogy „sarlatánok” vagy „kuruzslók”. A mai értelmezésében hozzá nem értést, mások jóhiszeműségének kihasználását jelenti. A specializált, formális képzés ötlete kezdett előtérbe kerülni a megszerzett szaktudással szemben. E kifejezés szintúgy magában hordozza az alkalmatlanságot, illetve alsóbbrendűséget, és egyben feltételezi, hogy a valódi tudáshoz és bölcsességhez vezető egyetlen út az „hivatalos” képzésen keresztül vezet.

A „sarlatán” szó francia, de olasz eredetű (ciarlatano, vásári kikiáltó) vásári csodaszer-árús eredetileg az orvosságárúsok megnevezése volt, de hamarosan (a kóklerrel együtt) az orvosi szakmán belül is használatos, sértő kifejezéssé vált a konkurencia megnevezésére.<sup>14</sup> Számos 18. századi fogászati praktizáló üzleti tevékenységének jelentős része volt<sup>15</sup> (úgy tűnik, különösen Franciaországban) az orvosságok és fájdalomcsillapítók árúsítása, és ilyen minőségükben nevezték őket „sarlatánoknak” schwindler, kuruzsló, szédelő, csaló, szélhámós, kifejezéssel vagyis ez azt jelentette, hogy fogászati képzettségük tekintetében inkompetensek, hozzá nem értők, vagyis csalók voltak.

A „házaló” szó alkalmankénti használata csak tovább bonyolítja a dolgokat. Való igaz, miként azt később látni fogjuk, hogy a 18. század végi fogászati praktizálók gyakran utazták körbe az országot, de ha ezt a tevékenységet a magyar „kóbor” vagy a francia ambulans szóval írjuk le, akkor azzal egyben az ezekhez kapcsolódó csavargó, szélhámós, vándorárús, kufár jelentések is előtérbe kerülnek. Még ha ezzel pontosan leírhatunk is

---

<sup>14</sup> FORRAI J: *Az európai fogászat fejlődése, a vándor-borbélyástól a fogász mesterségig különös tekintettel a 18. századra*. MTA doktori disszertáció. 2013. <http://real-d.mtak.hu/841>

<sup>15</sup> J. D. JAGO: Early dental charlatans and quacks. *Bull Hist Dent.*, vol. 32., no. 2., 1984 Oct, pp. 118–125; Malvin E. RING: Quackery in Dentistry – Past and Present. *J Calif Dent Assoc.*, vol. 26., no. 11., 1998 Nov, pp. 818–826; David GENTILCORE: *Apothecaries, „charlatans”, and the medical marketplace in Italy, 1400–1750*. *Pharm Hist.*, vol. 45., no. 3., 2003, pp. 91–94.; Fielding H. Garrison: *An Introduction to the History of Medicine*. (Fourth edition), Philadelphia, WB Saunders, 1929, pp. 386–387.



egyes személyeket, akik fogászati szolgáltatásokat nyújtottak (különösen az ismeretlen számú és identitású, alkalmi foghúzóknak esetében, akik még mindig léteztek a vidéki területeken), de nem alkalmazhatjuk őket az összes ebben az időben praktizáló fogászra, akik rövid ideig praktizáltak különböző városokban.

Az „utazó kuruzslók” általában ritkán tudnak maguknak visszatérő pácienseket szerezni, ez azonban nem feltétlenül igaz a fogászati praktizálókra, akik gyakran tértek vissza ugyanabba a városba, feltehetően részben azért, hogy kielégítsék a már létező pácienseik igényeit, ahogy azt a széles körű vidéki klienskörrel rendelkező orvosok is tették. A mindig ugyanoda „bejáró” – a „helyi”-vel ellentétben – talán megfelelőbb elnevezés lenne. Kevesebb előítéletet vonz, és egy olyan praktizálót feltételez, aki a már megalapozott bázisát hagyja el időről időre, erre pedig a „vándor” szó nem alkalmas. E foglakozást űzők egyszerre tűnhetnek racionális szakembereknek, ahogy az újsághirdetéseikben vagy petícióikban megszólalnak és egyúttal egyedinek, szinte egymással összehasonlíthatatlannak tűnnek a késő 18. századi fogászati palettán.

Egyes esetekben él az az elképzelés is, hogy azoknak a praktizálóknak, akik felvették a „sebész-fogász” elnevezést, elsősorban sebésznek kellett lenniük. A 18. századi *chirurgien-dentist* egy sajátos sebész, bár kevés olyan bizonyíték van, amely szerint azok, akik ezt a címet használták, egyben sebészeti akadémiák vagy társaságok teljes jogú tagjai is lettek volna. Bizonyos elképzelések szerint azonban a késő 18. században az angol fogászati praktizálók azért vették fel ezt az elnevezést, hogy utaljanak az általuk kínált kezelésekre, tehát nem a tanulmányi háttérüket jelezték ezzel, hanem a kezelés irányát. A fogászati praktizálók közül ez az elnevezés a legmagasabb szintű tudást feltételezte.

Időnként még azok is megelégedtek a „fogász” megnevezéssel, akik tulajdonképpen valóban sebészek voltak. A század végére, legalábbis Angliában, a szakmai leírások (például kereskedelmi címtárakban) gyakran a kiadók szeszélyeitől függtek: praktizáló „fogász”-ként jelenhetett meg egy londoni címtárban, de „sebész-fogászként” egy másik azonos időben megjelentben.<sup>16</sup> Tovább bonyolítja az összképet a „szakma” és a „hivatás”

---

<sup>16</sup> Christine HILLAM: *Brass Plate and Brazen Impudence. Dental practice in the Provinces 1755–1855*. Liverpool University Press, 1991, pp. 153–298.

közötti különbség. Számos francia fogászati praktizáló tartotta magát „szakember”-nek, de amikor ezek az emberek a szolgáltatásaikat reklámozták, gyakran hívták magukat „chirurgien-dentiste”-nek vagy egyszerűen „dentiste”-nek. Az Európában egyes helyeken fennmaradó „foghúzó” vagy „operáló” kifejezések terjedtek el. Olyannyira változatosak és ellentmondók az időszakban alkalmazott, a praktizálókra használt meghatározások és a megnevezések, amelyekkel magukat illették a szakemberek, hogy a nomenklatúra megbízhatatlannak bizonyul, használata legfeljebb jelzésértékű a praktizáló tevékenységének meghatározására.

## **A fogászati praktizáló helye és kapcsolódási pontjai a társadalomban**

Az is némi betekintést nyújthat a fogászati praktizálás természetébe, hogy nem meghatározott helyet foglal el a kozmetikai igény és az orvosi ellátás között, mivel egyaránt alkalmazták a külső megjelenés esztétikai igényének megváltozásához<sup>17</sup> és a fogbetegségek gyógyításához. Így a fogászat többoldalú specializáció, amely magában foglalja a szakmai jártasság, sebészet, pszichológia, esztétika és kevés orvosi tudás keverékét. A korai praktizálók közül sokan e területek közül csak egyben való jártassággal kezdtek bele a szakmába, ezért aztán nem meglepő, ha aranyműveseket, sebészeket, gyógyszerészeket, orvosságárusokat, fürdetőket,<sup>18</sup> tyúkszemvágókat, sérvkötőkészítőket, fodrászokat, borbélyokat,<sup>19</sup> vagy akár helyi kovácsokat találunk, akik foghúzással foglalkoztak, vagy csak érintették e szakmát.

### ***A helyi ellátók, gyógyítók***

A helyi ellátókat, gyógyítókat jól ismerték, kevesebb lehetőség volt a kuruzslásra, jobban szem előtt voltak, az un. műhibák elkövetése után kevesebb páciens kereste fel a „szakembert” így annak rosszabbá vált a megélhetése. Városokban csak céhekben dolgozók vállalhattak ilyen munkát

---

<sup>17</sup> MORAG Martin: i. m. 351–368. o.

<sup>18</sup> FORRAI Judit (2005): *Fejezetek a fogoroslás és eszközeinek történetéből.* 97–116. o.

<sup>19</sup> HUSZÁR György: i. m. 38–47. o.

A falvakban, kisvárosokban élő gyógyítóemberek, még ha specializálódtak is valamely betegség gyógyítására – csontkovács, kenő, mérő, foghúzó, ólomöntő, fürdető, bába – a közösség teljes jogú és állandó tagjai voltak.<sup>20</sup>

**Falusi foghúzók, specialisták** mestersége, szakmai tudománya apáról fiúra szállt az eszközökkel és a gyógymóddal együtt. Az első 4000 éves szkíta leletek szerinti ujjal történő foghúzási módszert meglepődve olvashatjuk, hogy még 1936. június 7-én is Budapesten a Haller-piacon (a Szent István kórház tőszomszédságában, ma a Lurdi ház parkolója van a helyén) „*több száz fogat húztak ki egy délelőtt a vándor foghúzók. Ők az un. olasz módszert alkalmazták, pusztá kezükkel ujjukkal húzták ki a fogakat. : a vásáron rendszerint kettesével jelennek meg, gépkocsival ; pusztá kézzel, fájdalomtalanul húznak ; a húzásért pénzt nem kérnek, csak az utókezelésre szánt fájdalomcsillapító orvosságért ; előzetesen a rendőrségen is bemutatják tudományukat és onnan engedélyük van a húzásra. Az említett kassai fogtechnikus látta az „olasz” foghúzókat; szerinte erős ujjukkal dűtik ki a fogat, vagy az alveolusra nyomást gyakorolva kiszorítják a mindenesetre már erősen mozgó, rossz fogat.*”<sup>21</sup>

De folytatva a 15-18. századi foghúzással foglalkozók működését különböző szakmából eredők segítettek a rossz, fájós fogaktól való megszabadulásban.

a) Fürdősök, fürdőorvosok. A fürdők nemcsak a tisztálkodás színtere volt, de egyfajta gyógyhelynek is számítottak, ugyanis nem volt folyóvíz, a házakhoz is a kútról hordák a vizet. Kötelező volt minden városnak lélekszámától függően fürdőket nyitni. A fürdőéletnek nagy hagyományai voltak, az ókori római fürdőkultúra utolérhetetlen volt a 20. századig. Minőségi különbség volt a tanult chirurgus és a fürdős borbély tudásszintje között, a fürdőben dolgozók felkészületlenségük miatt lenézettek voltak, ugyanakkor ők is segítettek a fogfájós embereken. tudományos készültség nélkül csak gyakorlati úton szerzett ismeretek alapján hagyományozták tudásukat.

b) A hajvágó borbélyok, akiknek szintén céhszervezetük volt, olykor segítettek a foghúzásban. 1722-ben a német sebészek, 1745-ben a magyar

---

<sup>20</sup> DEÁKY Zita: Vásári sokadalom, füvesek, foghúzók és társaik. *Magyar Mezőgazdasági Múzeum Közleményei* 15\_1991\_91.415-426

<sup>21</sup> VAJKAI-WAGENHUBER Aurél: *Falusi foghúzók Ethnographia*.1937. 48. évf. 442–445.

borbélyok váltottak privilégiumot.<sup>22</sup> A német sebészekhez tartoztak a fürdőtulajdonosok, akik később leváltak a testülettől. A magyar borbélyok elsősorban hajnyírási és borotválási teendőket láttak el.

A borbélyok már a legrégebbi időkben érvágással, foghúzással, köpölyözéssel, tyúkszemvágással stb. foglalkozó alkalmi sebészek, azaz „kirurgusok” is egyben.<sup>23</sup>

A kuruzslók előszeretettel kezelték a fogfájós betegeket. Mária Terézia 1768-ban rendelte el a boszorkányperек teljes beszüntetését, de addig sok „boszorkányt” égettek meg, mert bűneik közé tartozott többek között sikertelen gyógyítás, vagy foghúzás. Például Tamás Zsazsát 1741-ben égették meg olyan foghúzás miatt, amelybe a páciens belehalt.<sup>24</sup>

### ***Vándor gyógyítók***

A hagyományos (fogászati) történetírásban általában a vándorfogászokat tudatlannak és oktalannak mutatták be, akik feláldozták a naiv nyilvánosságot a meggazdagodás érdekében. Ahogy azonban a modern, a gyógyászat szociális történetével foglalkozó kutatások megmutatták, a gyógyászati praktizálás komplex egészset alkotott, amelyben a szociális, vallási és szakmai tényezők legalább olyan nagy szerepet játszottak, mint a tudományosak. A gyógyulás módjának keresése szociális rituálé volt; a gyógyítóba vetett hit legalább olyan fontos volt, mint az illető képzettsége vagy legális kompetenciája. Ezen kívül a gyógyítás kereskedelmi tevékenység is, amelyre érvényesek voltak a kereslet és kínálat törvényei. A gyógyászati piactéren az elsődleges célok közé tartozott a konkurencia biztos és egyértelmű kizárása is.

A kuruzslás igazából nem a gyógyítási kudarcra utalt, sokkal inkább a gyógyítási privilégiumok szűk lehetőségeire, a szabályos praktizálók által elfogadott és lefektetett munkamegosztásra (orvosok, gyógyszerészek és sebészek), kompetenciákra. Ha ebből a szempontból vizsgáljuk a kuruzslást, minden törvényesen meghatározott kompetenciák nélküli gyógyító „kuruzslóvá” válik. Összességében a kuruzslók nagyon heterogén csoportot

---

<sup>22</sup> DEMKÓ Kálmán: *A magyar orvosi rend története* stb., Bp. 1894. 512.

<sup>23</sup> *Magyar Szó*, 1986. június 43. évfolyam, 163-177. szám 1986-06-16

<sup>24</sup> Szekszárdi Levéltár. Büntetőper. (Bp.) III/174.

alkottak. Voltak köztük gyógyszerárosok és operatőrök, csalók és tapasztalt, tanult emberek is, székhellyel rendelkező, helyi és vándorgyógyítók egyaránt.

Szakmai működést a céh-rendszer biztosította, amely a szakmai közösséget alkottott, védve a szakma és személyes érdekeket, az utánpótlásról gondoskodva az inasokat tanították. Aki nem volt bármelyik céh tagja az törvény szerint nem dolgozhatott. A szakmai határok és kompetenciák nem voltak egyértelműek. A céhes mestereken kívül sok, a céhekre fittyet hányó, maga avatta borbély járta az országot, a vásárokon mutogatta tudományát, leginkább fogat húzott. A borbélyok főleg e kóborló kontároknak köszönhették, hogy korábbi jó hírnevüket elveszítették, mert a részegséget „borbély nyavalyá”-nak nevezték, vagyis nagyon gyakori volt az alkoholizálásuk. Persze nem lehet általánosítani, mert akadtak józan, képzett borbélyok is.

Összegyűjtött adatok között szerepel,<sup>25</sup> hogy 1854-ben például Páván Péter a soproni piacon fogóval, karddal, ostorral mutatta be bravúros foghúzó művészetét; szegényeknek ingyen húzott, csak a minden betegségre jó gyógyvizét árulta 20 krajcárért. 1871-ben a kiskunhalasi piacon olasz vándor foghúzók jelentek meg, a rendőrség által kiadott engedély alapján, ami kiváltotta a kiskunhalasi főorvos megrökönyödését. Sok műhiba, vagyis összeroncsolt állkapocs, betört foggyökerek, és egyéb szájbetegségek kísérték a vándorfoghúzók működését.

A különböző eredeti szakmájuk szerint a vándorfoghúzók lehettek:

a) *A lithotomusok*, a Balkán-félszigetről érkező „görög herélő doktorok” (medicus testicularum), akik sebészi munkát végeztek. A lithotómusoknak Mária Terézia 1759. május 29-i rendeletében engedélyezte működésüket, azzal a megkötéssel, hogy mesterségükön kívüli sebészetet nem végezhetnek.<sup>26</sup> Ennek ellenére ők is részt vettek a fogak gyógyításában.

b.) *Az olajárosok (olejkárok)* azok a tót kereskedők, akik fenyőolajjal kereskedtek Oroszország, Szibéria és Észak-Magyarország között. Hátukon vitték a különböző „varázsszereket”, ópiumot, arzént, higanykenőcsöket, hatásukat tekintve: gyermekfogantató, vérhajtó, erősítő, élesztő, görcsűző,

---

<sup>25</sup> DEÁKY Zita 1990–1991. Vásári sokadalom – füvesek, foghúzók és társaik. *A Magyar Mezőgazdasági Múzeum Közleményei*. 409–417.

<sup>26</sup> DEMKÓ Kálmán: i. m. 511. o

fogfájás elleni, gyógyszereket.<sup>27</sup> Eljutottak Nyugatra is, Franciaországba, ahol terméküket, a rozmaringos vizet „*eau de la reine d’hongrie*”-nak a királynő vizének nevezték.<sup>28</sup> A fogfájás és más betegségek ellen kiválóan alkalmazták olajukat, amelyet Túróc megyében a batizfalviak és a gerlachfalviak készítettek, majd nagy nyereséggel adták tovább *Balsamum Hungaricum* néven.<sup>29</sup> 1680-ban jelent meg az első, majd 1774-ben a második kiadása Badracharzan Mátyás (Magister Oleorum) és Zey András füzetének az olajok külső-belső hasznáról.<sup>30</sup>

A borbélyok hosszú időn át a fürdőmesterektől különválva úzték mesterségüket. Mind a két testület sebészettel foglalkozott. A köpölyözés, érvágás, foghúzás, csonttörések és ficamok beigazítása, sebek, fekélyek gyógyítása volt működésük tárgya. A „hatásköri összeütközés” gyakori volt a két testület között, pl. a köpölyözésre a fürdőmesterek, a borotválásra pedig a borbélyok tartották magukat kizárólag jogosítottaknak. Szigorúan a seborvosok sincsenek a fürdőmesterektől és borbélyoktól elválasztva. Társadalmilag mind ezek általában nagyon alacsony fokon álltak, főleg korábban; de már a 18. században a borbélyság olyan foglalkozás volt, amelyre nemes emberek is vállalkoztak<sup>31</sup>

c) *A vásári foghúzó*, akik megszabott helypénzt, taxát fizettek vásárok idején, és egyik faluból a másikba vándoroltak. A foghúzást nagyközönség előtt végezték, ez a látványosság sok embert vonzott.<sup>32</sup>

## A foghúzás menete

A foghúzás ebben az időben erős fájdalommal járt, amely általánosan ismert tény volt mind a praktizálók, főként a betegek számára, amely egyértelműen látható a korabeli ábrázolásokban is. A fogászok foglalkoztak ezzel a problémával a hirdetéseikben is. Vagy azt ígérték, hogy „*fájdalommentesen húzzák ki a fogakat és a csontkelet*” – nem kínálva további magyarázatot arra nézve, hogy ez hogyan volt

---

<sup>27</sup> A legszívósabb fajtanak tartották a vándorló árusok közül (Olianten Kasten Traeger), házilag gyártott terpentinnel hamisított fenyőborovicskát árusítottak. In: GORTVAY György: i. m. 62. o.

<sup>28</sup> MAGYARY-KOSSA Gyula: i. m. 163. o.

<sup>29</sup> ERNYEI J.: Adatok borbélysebészeink 18. századi életéhez. *Gyógyyszerészeti Közöny*, 1909/38–45.

<sup>30</sup> HUSZÁR György: i. m. 45. o.

<sup>31</sup> Századok – 1901Történeti irodalom VÁMOSSY István: *Adatok a gyógyászat történetéhez Pozsonyban*. Ism. György Tibor 637

<sup>32</sup> FORRAI Judit: Népi gyógyászat a 18. században Magyarországon. *Dentál Hírek*, 2002/4–5., 50–52. o.

lehetséges –, vagy hangsúlyozták a specializált szakképzettségüket, vagy az óvatosságot, amellyel ezt az operációt végezték. Az ígérettel, hogy „a legkisebb fájdalom és bármiféle eszköz nélkül” húz fogakat arra a félelemre reagált, amelyet a páciensek gyakran a foghúzó eszközre vetítettek, amelyik a fájdalmat okozza.

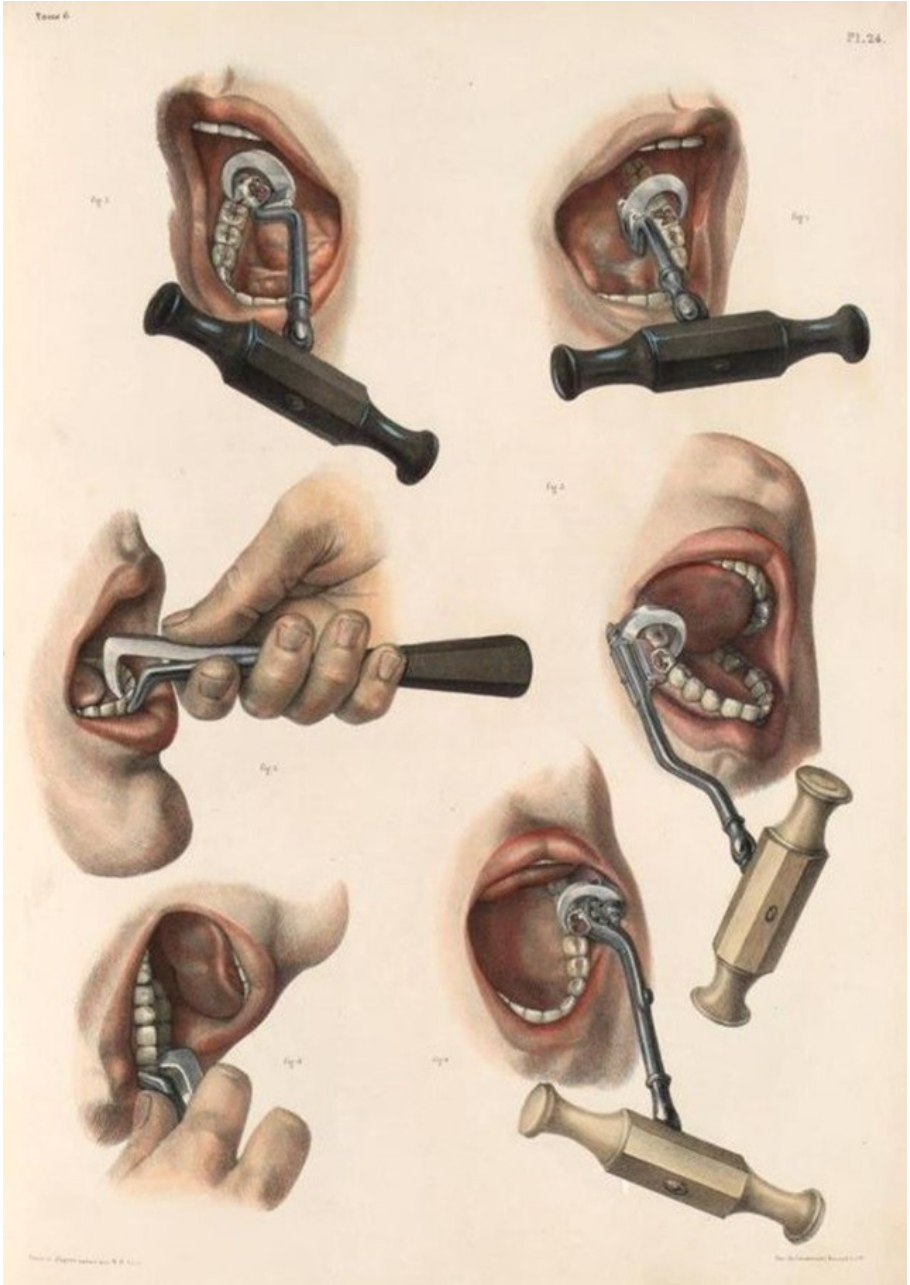
A hosszú távú és erős fogfájás minden valószínűség szerint a leggyakoribb ok volt, hogy valaki ennek a kellemetlen eljárásnak vesse alá magát, nagyon kevés korabeli hirdetésben kapcsolják össze a fogfájást és a foghúzást. A fogászok gyakran említést tesznek a fogfájásról, speciális gyógyszereket ajánlanak megoldásként. Ezek a hirdetések megegyeznek a kor sebészeti elképzeléseivel, javaslataikkal, pl. August Gottlieb Richter<sup>33</sup> (1742–1812) szerint csak akkor végezzenek húzást, ha teljesen elkerülhetetlen, és akkor is nagyon óvatosan az eljárással járó veszélyek és fájdalom miatt. A fogfájást a legtöbb esetben húzás nélkül is meg lehetett gyógyítani. Richter, a Göttingeni Egyetem professzora, nagyon tapasztalt sebész volt, aki már akkor több mint négy évtizede praktizált. Ennek ellenére a húzást végső megoldásnak tartotta, akkor, amikor a fogfájásra adható belső és külső orvosságokkal már sikertelenül próbálkoztak.

Bár számos fogász a húzást tartotta a szuvas fogak egyetlen radikális kezelésének, a páciensek érthető módon nem szívesen néztek szembe ezzel, az érzéstelenítés előtti időkben. A fogászati praktizálók legtöbbször vállalkozott az eljárásra, de csak a specifikus kezeléseket megemlítőik körülbelül fele sorolja fel a hirdetéseiben. A leggyakrabban használt eszköz a fogáskulcs (dental key) volt, amely leginkább egy régmódi dugóhúzóra emlékeztetett: egy karomszerű rész illeszkedett a kihúzandó fogra, és a vízszintes nyelet 180 fokban elforgatva lehetett a fogat oldalirányban eltávolítani, kitörni. (8/a, 8/b. ábra)



8/a. ábra: Fogkulcs ébenfa, elefántcsont nyellel, bicuspidos végződéssel

<sup>33</sup> Klaus von HAEFEN: August Gottlieb Richter, der Begründer der deutschen Chirurgie. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 84/1937., S. 1006–1007



8/b. ábra: Jean-Baptiste Marc Bourgerie (1797–1849) anatómus rajza alkalmazás közben



Az eljárás nemcsak különösen fájdalmas lehetett, de gyakran számottevő kárt is okozhatott a lágy szövetekben, további veszélyt jelentett a fog, az alveoláris csont, vagy akár az állkapocs eltörése, valamint az erős vérzés és a későbbi fertőzés. Szükségszerűen a műveletet végzőnek megfelelően gyorsnak és hatékornak kellett lennie, de a fog helyén ottmaradt üreg (az alveolusban) a húzást követő vérzés megállítás kompresszióval továbbra is vitás kérdés volt.

Másik kedvenc fogtörő műszer a pelikán volt, kis könnyű kézben elférő bicska-szerűen nyitható szerkezet, amelyet a fogkorona nyakához illetve kitöri a koronát. (9–10. ábra)



9. ábra: Pelikán fogtörésre, Science Museum.



10. ábra: Pelikánok

## Esetleírások különböző korokban

1) Sarolta Amália (1679–1722) hessen–wanfriedi hercegnő és erdélyi fejedelemasszony II. Rákóczi Ferenc felesége 1772. február 8-án, váratlanul hunyt el. Halálát állítólag egy foghúzást követő szepszis okozhatta.<sup>34</sup>

2) A felvidéki Szokolcán 1772-ben Batthyány József esztergomi érsek a felosztatott jezsuita templomot, a rendházat és a gyógyszerterát átadta az irgalmasoknak. A kis létszámú szerzetesi közösség a díszes barokk patikában vállalta a város gyógyszerellátását, a szegénygondozást, s házi betegápolással, valamint ingyenes foghúzással is foglalkoztak. 1920 után a rendházat a cseh irgalmas tartományhoz csatolták.<sup>35</sup>

3) Meg kell említenünk még az irgalmasok foghúzó tevékenységét is. Idősebb budai lakosok még ma is emlékeznek arra, hogy a foghúzás érzéstelenítés nélkül ingyenes volt, az esetleges perselyadomány mindenkinek a tetszésére volt bízva. Bármikor lehetett csöngetni az ajtón (azelőtt kis harang szólt a csengő helyett- egy barát nyitott ajtót. Alacsony karfás szék állt a bejáratnál, ahova a fogfájós beteg leült, megkapaszkodott, a barát rátérdelt a betegre és kirántotta a fogát. E szék a Semmelweis Múzeumban található.

Dobó Dezső hivatásos honvédorvos, a Tanácsköztársaság alatt a Budapesti 1. sz. Hadikórház parancsnoka volt. „*Egy fogorvos visszaemlékezései*” c. önéletrajza 1931-ben a Fogorvosi Szemlében jelent meg.<sup>36</sup> Nem felejtette el első gyermekkori foghúzását az Irgalmas rend akkori budai kórházában, pontosan leírja még a 19. század végén egy esetről: „*Aszepsziszről, avagy érzéstelenítésről szó sem volt még akkor. Fekete csuhájában az orvos hátam mögött felállott egy kis számolyra, kihúzta zsebéből észrevétlenül az ő egyetlen univerzális fogóját és mikor megmutattam a fájó fogamat, szonda és tükröz vizsgálat nélkül pillanat alatt kirántotta azt a helyéből. A perselybe dobva az obligát 4 krajcárt, sietve hagytam ott a dobos szágú kolostori műtermet, de mindig rettegve gondoltam vissza az első foghúzásra.*”

---

<sup>34</sup> HUSZÁR György: Salamon Henrik (1865–1944) fogtörténelmi munkássága. *Orvostörténelmi Közlemények* 38-39 (1966) 97–105.

<sup>35</sup> *Fejezetek a magyar gyógyszerészet történetéből.* Felsőoktatási segédkönyv. Szerk.: Kapronczay Károly Dr. Cseh Károly tanszékvezető egyetemi tanár 2012.

<sup>36</sup> DOBÓ Dezső dr.: *Egy fogorvos visszaemlékezései.* Naplótöredékek. *Fogorvosi Szemle.* 1931.11. sz.948–955.

## **Elnevezések, mint nyelvi lenyomatok, magyarázatok**

A foghúzás 16–19 század emlékei korabeli, vagy visszaemlékező írásokból, levelezésekből dokumentumokból, valamint festményekből, illusztrációkból rekonstruálható. Néhány esetleírásból kibontakozik az a kép, milyen célból történt a foghúzás, fogtörés, vagy fogkivonás, ki végezte el és milyen körülmények között, valamint milyen eszközökkel. Ugyanakkor a legplasztikusabb kor dokumentum maga a nyelv, amely mindig megőrzi, s egyben megtalálja a megfelelő kifejezést egy-egy cselekményre, tevékenységre és még a szándékot is őrzi, tehát nyelvtörténeti vizsgálódásból is következtethetünk az új szavak tartalmán keresztül a cselekmények mozgatórugójára, társadalmi szituációkra egyaránt.

A foghúzás, vagy fogtörés, fogkivonás kifejezések különböző korok beavatkozási műveletét jelentik meg. Míg a török hódoltság idején a szavak értelmezése komoly büntetést, a kínzáson túl a kivégzés szimbóluma is lett, mely egy szólásban az „otthagya a fogát” későbbi jelentéssé merevedett, feledve a a törökvilágnak ezt a kínzásmódját, a szándékot, csak a végeredmény a halál maradt meg értelmezésében, újabb kifejezéssel társulva: a foga fehérét szólással keveredve, otthagya a foga fehérét alakban.

Elnevezései: fogvonás, fogkivonás, fognyomás kitépés, kihúzás.

## **A foghúzás képi ábrázolása, toposza**

Korabeli festményeken látható a kinyomott, kivont fogakból sokszor nyakfűzér készült és az volt a cégér jelzője is, ha a fogmesternek a nyakában lógtak a kihúzott fogak, mindenki tudta ő az aktuális fogvonó szakember.

A középkor kegyetlenkedésének hatalmas szakirodalma van, az emberi élet elvételét máglyától kezdve forró vascsizmával (ez volt spanyolcsizma), karóba húzás, felnégyelés, keréketörés, stb. s mindezt közösségi szinten nagy közönség előtt végezték. Ez volt a szórakozás az aktuális krimi a lakosoknak. Így aztán érthető a 17–18. századi képek ábrázolásán gyakran látható egy falú, vagy kisváros főterén hirtelen ácsoltak egy színpadot, ahol egy szelídebb formája történt a kivégzésnek, a vándor foghúzó - aki 2–3 hónaponként érkezett egy-két napra, az összegyűlt fájós fogú betegeket a színpadon, vagy egy kiemelt helyen nagyközönség előtt szabadították meg a fájós foguktól. Minden érzéstelenítés és persze higiénés körülmények nélkül.

Tehát a beteg üvöltött, szenvedett, a nép lelkesen figyelt. A sikeres fogkivonás után a paciens abbahagyta az üvöltést, ekkor az összegyűlt érdeklődők zajongtak és kifejezték tetszésüket a sikeres beavatkozás után. A paciens általában egy korsár tojással ajándékozta meg a gyógyítóját. Ez volt a tarifa német szokás szerint.

Számtalan tematikus kép jelent meg a foghúzásról, különböző helyen és formában, de a képek lényege, az üzenete ugyanaz volt. Mi is hát a lényeg?

A szereplők azonosak a képeken: a beteg, aki éppen a beavatkozást elszenvedi, a praktizáló, néha egy segéd és a kíváncsi emberek hada. A kor szokásainak megfelelően a fájdalom és kín közösségi bemutatása, a kínszenvedés társadalmi jelenléte, mintegy kivégzés végrehajtásának nagy eseménye. A részvét legkisebb jele sem látható egyetlen ábrázoláson sem, csupán a nézelődő, eseményekre váró tömeg közös szórakozásának ténye.

Míndez idézi a keveredését a karneválszerű utcai mulatságokkal<sup>37</sup> a szórakoztatás elfogadott formájában, populáris bizonyos rituális és kultikus



11. ábra: Színpadi foghúzás. A bobóc jelenléte biztosítja a színpadias előadást

37 François Rabelais művészete, a középkor és a reneszánsz népi kultúrája. (ford. Kőnczöl Csaba). Budapest : Európa, 1982. ISBN 963-07-3012-X

formáit megtartva egy színházi előadásnak, a bohócokkal és/vagy bolondokkal, mint az esemény narrátorával, aki kapcsolatot tart, hidat épít sajátos diskurzusával, mint egy vásári kikiáltó a színpadi eseményekkel és a közönség között megadva a teátrum jellegét a fájdalom és szenvedés gúnyával, sokszor paródiaszerű megjelenéssel (11. ábra). A közönség az érzéketlenül bámul, mint egy mutatóványt nézi más szenvedését akár az ókori amfiteátrumban, ahogy a vadállatok széttépték a gladiátorokat. Ezek a fogászati szertartások, színpadi formák a vásári ünnepeken megszokott volt, de a piacokon is a plénum előtt történt a foghúzás akár bohóc, vagy „hopp-mester” nélkül is. Ezek a középkori vásárok a 13. században érte el a csúcspontját, de megtartották e szokásokat a városok későbbi megerősödésével, új kereskedelmi központok létrehozásával együtt is, mint pl. a hetivásárok formájában.



12. ábra: Adrien Victor Anger (közönség, bohóc segéddel 1817): Wellcome





13. ábra: Jan Meinse Molenaar (1609/10–1668): *A fogász*

Már a helyszín is hátborzongató a hirtelen összeácsolt színpad – hogy jól látható legyen mindenki számára, a büntetések rendkívüli kegyetlenségének helye, ahol akár a halálbüntetést, illetve testcsonkító beavatkozásokat végeztek. S már kezdődhet is az előadás, a kínzás és kegyetlenkedés, az emberi düh és bosszú projektált változata, amelyben kiélhette magát az arctalan tömeg, s végül a végrehajtó elismerésre számíthatott a kitört fog felmutatásával, mintegy a baj, a betegség „megölésével” legyőzésével.

A jólöltözött vásári foghúzó épp kitöri a paciens fogát. Jólmenő szakembernek hatalmas láncra fűzött fogak a cégére. Monsieur Mahoire neve mellé még minőségi jelzőt is odatett a hirdető plakátján a Nagy Mogul. (12. ábra) Színes képpel a falon hirdeti tevékenységét. A vásári bohócnek öltözött segédje éppen megtámasztja a beteg hátát a beavatkozás művelete alatt. A közönség nevetve szórakozik ezen a „mulatságon.”

## Társadalmi megosztottság, fizetési kategóriák

Ezek a vásári attrakciók csak a szegények ellátására vonatkoztak. Panem et circenses. Egyszerre több igényt is kielégített: a fájó fog kitörése a betegnek segítség, de ugyanakkor egy eseményt is adott a településnek. (13. ábra)

A piaci-vásári foghúzásnál gyakran szem előtt a fókuszban látható a kosár tojás a németalföldi beavatkozásoknál feltételezhetően a díja volt a foghúzásnak. (14. ábra)

A gazdagok esetében házhoz ment a praktizáló, a beteget a család gondoskodó légköre vette körül.



14. ábra P.P. Rubens: *A foghúzó* 1650



15. ábra: John Collier (1708–1786) karikatúrája, szatirikus ábrázolása



16–17. ábra Otthoni környezetben foghúzás

A 18. század vége felé megjelenik a karikatúra az ábrázolásban. Ez egy finomabb változata a reális brutalitás, kínzás, kegyetlenkedés ábrázolásának. A félelem jelen van még, de látszólag nevetésre, vagy mosolyra fakasztja a nézőt a rajz szándékos eltorzításával. Maga a téma, a folyamat, az üzenet természetesen felismerhető. A karikatúra, mint általában ábrázolásmódjában (majd műfaj), az éppen kiemelt társadalmi jelenségeket, folyamatokat, jelen esetben a foghúzás és a benne érvényesülő személyiségjegyeket a paciens, a szenvedő és a kezelő viselkedések belső ellentmondásait eltűzva,



felnagyítva mutatja be. Bepillantathatunk így a fogfájás, a beavatkozás fájdalmát és félelmét átélő beteg szenvedésébe, kiszolgáltatottságába és a foghúzó fölényes, cinikus, gúnyos hatalmába egyaránt (15. ábra).

A 18. század azonban megváltozott a szakmai színvonal tanuláshoz és vizsgáláshoz kötött lett. Franciaországban XVI. Lajos (1699), Németországban I. Frigyes Vilmos (1725) rendeleti úton megtiltották a sarlatánok működését meghonosították az un. „dentist“-rendszert. A fogászat gyakorlását hazánkban is képzettséghez kötötték (16–17. ábra).

## Magyarországi helyzet

Magyarországon az első sebészcéhek a 18. század első felében alakultak meg, például Budán (1703), Debrecenben (1735) és Pápán (1750).<sup>38</sup> A borbély-sebészek hatáskörét először az 1745-ben, Pozsonyban megjelent Torkos<sup>39</sup>-féle *Taxa Pharmaceutica Poseniensis* szabályozta, és azt az egész országra nézve kötelezővé és elfogadottá tette.<sup>40</sup> A *Taxa* előírásait a helytartótanács kötelezővé tette. A sebészeket a kormány a hiányzó orvosok helyettesítőinek tekintette az ország szegény lakossága számára. 1747-ben már 168 felesküdtött céhbeli borbélysebész (mesterbarbél) működött.<sup>41</sup> Az 1752-es rendelet meghagyta, hogy azon a területen, ahol nincs sebészcéh, a megyének kell tartania chirurgust, aki a szegényeket ingyen gyógyítja, és mérsékelt áron adja a gyógyszereket. A sebészek képzését ezért fontosnak tartotta a kormányzat, de sebészcéhbe csak olyanokat vehettek fel, akik előzetesen érdektelen (tehát nem elfoglalt) mesterek előtt tettek vizsgát.<sup>42</sup> Az 1752-es rendelet alapján minden megyében és minden városban közköltségen nyilvános orvostudort kellett alkalmazni.<sup>43</sup> Később megengedték, hogy a megyei főorvos mellett megyei sebész is legyen, aki a már alkalmazott borbély is lehetett.

---

<sup>38</sup> DEMKÓ K.: *A magyar orvosi rend története a 18. század végéig*. Budapest, 1894. Dobrowsky és Franke 502.

<sup>39</sup> TORKOS [Iustus János]: *Taxa Pharmaceutica Poseniensis. Cum instructionibus pharmaceoporum, chirurgorum, et obstetricum Speciali mandato Excelsii Regii Consilii Locumtenentis Hungarici assumta, per Regium Sanitatis revisa, relata quattuor linguis, latina, hungarica, germanica, et slavica elaborata*. Royerianis, 1745.

<sup>40</sup> DEMKÓ Kálmán: *A magyar orvosi rend története a 18. század végéig*. Dobrowsky és Franke, Budapest, 1894, 498. o.

<sup>41</sup> GORTVAY György: *Az újabbkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1953, 51., 200. o.

<sup>42</sup> LINZBAUER X. F.: *Codex Sanitario Medicinalis. I-III*. Budae, 1856–1861., 1856–61. II. 264.

<sup>43</sup> VARGA Lajos: A közegészségügy rendezése és helyzete hazánkban a múlt század utolsó negyedében. *Comm. ex Bibl. Hist. Med. Hung. Suppl.*, no. 1., 1962, 5. o.

A Generale Normativum alapján – helytartótanácsi rendelet szerint az ott dolgozó sebészeknek, borbélyoknak és bábáknak *approbatio*s vizsgát kellett tenniük a megye főorvosa előtt.<sup>44</sup>

Ebben az időszakban egy műhibapert is tárgyalt pl. Kassa városa. Ferdinandy Pál vizsgázott sebész (*chirurgus examinatus*) 1784 áprilisában Figura János városi tisztviselő beteg foga helyett egy épet húzott ki, a beavatkozás során megsértette a páciens állkapcsát, ami elfertőződött, és a csont a későbbiekben nekrotizált. E szerencsétlen beavatkozás után a még szájban lévő beteg fogat más húzta ki. A tisztviselő panaszára a város húsz forint bírságra ítélte a sebészt, valamint a gyógyítási költségek megtérítésére. Ferdinandy nem nyugodott bele az ítéletbe, fellebbezett az egyetemi fakultáshoz és a helytartótanácsához. A per megegyezéssel és három vastag csomag ügyirattal záródott.<sup>45</sup>

A Kolozsváron már működő bölcsészeti és jogi fakultás mellett Mária Terézia 1775-ben felállított egy úgynevezett Orvos Sebészi Tanintézetet, ahol bevezette a sebészet, bonctan és szülészeti tanítását. 1786-ban azonban II. József elvette az universitas jellegét, és visszafejlesztette a salzburgi és a laibachi minta alapján: *Lyceum Academicum Regium* má.<sup>46</sup> A sebészképzés 1798-ban, mint *Classis Chirurgica* folytatódott, majd csak 1808 és 1817 között nyerte vissza az *Institutum Medico-Chirurgum* nevet. A sebészeti tanfolyam kezdetben egy évig tartott, majd a tantárgyak számának növekedésével a tanfolyam kétévéssé vált. A tanintézetben kapott képesítés alapján a sebészi gyakorlat csak Erdély területén volt engedélyezett.<sup>47</sup>

Az Orvosi Kar alapításáig a sebészek képzését a sebészcéhek szabályozták. Az addig virágzó céhrendszer az egyetemi Orvosi Kar működésének hatására hanyatlásnak indult, míg hosszú évtizedek után, lassanként borotváló és hajnyíró iparosok céhévé vált. A borbélyok és sebészek helyzetét véglegesen 1865-ben rendezték. Ekkor két részre osztották a borbélyműhelyt tartó sebészeket: a diplomásokat a sebésztársulathoz, a diploma nélkülieket (borbélyok) pedig a

---

<sup>44</sup> MOL. Htt. It. *Acta San. Lad.* A. Fasc.34. No. 16/II. 1771. május 7-én kelt rendelet.

<sup>45</sup> MOLNÁR Béla: i.m. 222. o.

<sup>46</sup> GORTVAY György: i. m. 80. o.

<sup>47</sup> A sebészorvosi kar kezdetben egyetlen tanárból állt: Laffer József (1741–1798). Ő tanította a bonctant, a sebészetet és a szülészeti. 1787-ben egy állatgyógyászati kart is felállítanak, amelynek élére Fuhrmann Pétert nevezik ki. 1791-ben a szemészet tanára Müllersheimi Molnár János (1741–1812), 1794-ben az élettan, sebészet, ásványtan és kémia tanára Etienne András (1751–1797) lett, így négy tanár tanított a Kolozsvári Orvos-sebészi Tanintézetben. Erdély Magyar Egyeteme, Erdélyi Tudományos Intézet, Kolozsvár, 1941, 218. o.

fodrászokhoz sorolták. Ezzel megszűnt a műhelyes céh társaság, és a borbélyok is a szabad ipart űző fodrászok testületéhez kerültek.<sup>48</sup>

A szakmák differenciálódtak, szülészeti (*obstetricator*), bába (*obsterix*), szemészi (*oculista*) és fogász (*magister artis dentariae*) speciális vizsgát tehettek. Ezt a fogászmesteri címet már az 1799–80-as tanévben elnyerhették a hallgatók.<sup>49</sup> Az első fogászati 1799–1800-as tanévben a speciális fogászati képzésre nagyon kevesen jelentkeztek. Az egyik első fogász, aki Pesten végzett, Novello Josephus volt az 1803/1804-es tanévben. A következő dentista, Löffler Samuel, csak négy év múlva szerzett képesítést.<sup>50</sup>

A fogászoknak a következő szigorlati tárgyakból kellett még vizsgát tenniük: a száj bonctanából, a fogak és a környező részek kór- és gyógytanából, valamint a fogászati eszközök alkalmazásának ismeretéből. A szigorlat és a diploma díja 55,54 Ft volt.<sup>51</sup> Ez volt a kezdete annak a hosszú folyamatnak, amellyel véget vetettek a hozzá nem értő foghúzó mesterek működésének.

## Hazai szakirodalom – a fogkivonásról

Már Lencsés György „Ars Medica” (1577) c. művében olvashatunk a rossz fogak fogkivonásról. Szerte az országban jártak a foghúzók. Hajdúböszörményben a borbélyok például kifejezetten csak érvágással és foghúzással foglalkoztak: „*csak csupán a' magok Professiójok s Mestersigeik után élnek, a' Borbélyok többyre borotválkozásokkal és fog' vonásokkal keresik élelmeket...*”<sup>52</sup>

A magyar fogászat igazi újkora akkor kezdődik, mikor Rácz Sámuel (1777) borbélyainkat maga köré gyűjtve, új, orvosi gondolkodás felé tereli a sebészeket és őket komoly orvosi szellemben neveli. Plenk Jakab „Doktrína de morbis dentium ac gingivarum” című munkája 1778-ban jelenik meg és vele kezdetét veszi a magyar fogorvosi irodalom újkora. Ez az első irodalmi

---

<sup>48</sup> BFL. Pesti tan. ir. II. 721/1865.

<sup>49</sup> HÓGYES Endre: i. m. 129–130. o.

<sup>50</sup> Löffler egyébként a következő tanévben, 1808/1809-ben is szerepel, mint végzett fogászmester (*Magister Artis Dentisticae*) SÖTE Lt. 1/d II. kötet 272., 457. és 525. p.

<sup>51</sup> GYÖRI Tibor: *Az Orvostudományi Kar története 1770–1935*. Királyi Magyar Egyetemi Nyomda, Budapest, 1936, 299. o.

<sup>52</sup> SIMON Katalin: Az egyetemi szintű speciális orvosi szakképzés kezdetei Magyarországon. Adalékok a hazai fogászat történetéhez. *kalaidoscopehistory* 2015.10.284-304. 10.17107/KH.2015.10.284-304 Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltára, Helytartótanácsi Levéltár, Acta Sanitatis (MNL OL C 37), Ld. A. Fasc. 34., a hajdúböszörményiek levele (1763. december 13.).

alkotás, melyet már az újkor szellemében íródott. Önálló, kizárólag csak fogászatot tárgyaló munkákkal az újkorban találkozunk.

Természetesen foghúzással is éltek a fájós, tályogos fogak gyógyításakor,<sup>53</sup> például Pápai Páriz Ferenc is megemlíti a fogkivonást, mint a fogfájás hasznos ellenszerét: „*Ha rossz a fog, vonasd ki. Itt pedig megnyírázd, hogy nem ollyankor kell kivonni, mikor a fájdalom nagy mértékben vagyon; hanem mikor valamit szűnik. Akkor sem jó, mikor nagy a dagadás. Nem is kell egyszermind egy vonással; hanem lógassa meg.*”<sup>54</sup>

Csapó József nagysikerű kézikönyvében írja: „*Annakokáért az illy advas fogat, ha inog ki-kell húzítani, ha nem inog, ónnal békéli az advát veretni; de a' fzem-fogat nem tanátsos ki-vonatni.*”<sup>55</sup>

Marikowzki Márton ezt írja: „*Ha a fog felettebb meg-rohadtt, nincs más mód annak orvoslásában, hanem egyedül tsak a'kivonás, e' nélkül a' fájdalom meg-nem szűnik, szája párája meg-büdösödik, inye össze sugorodik, sőt még a szomszéd fogak-is az által meg-vesztegettetnek, szintén az áll kaptzájának tsontjájig.*”<sup>56</sup>

Vajkai Aurél foglalkozott a falun élők fogait ellátó foghúzó specialistáival. A borsavölgyi falusi foghúzókról külön tanulmányt írt<sup>57</sup> melyben rögzíti fogfájás ellen különböző „szelíd” gyógymódok vanna, de végső esetben foghúzás a végső megoldás.

### III. FOGHÚZÁS SZERVDONORTÓL

Az implantáció / transzplantáció/autotranszplantáció miatti foghúzást külön kategóriába tettük, amely egy másfajta ok miatti foghúzást jelent. A foghúzás e típusánál nem a rossz fogak, vagy fájdalom miatt, hanem a fogak traszplantációjának céljából húzzák ki a fogat élő, jó és olykor halott emberből a recipiens számára.

---

<sup>53</sup> KAÁN Miklós: *A foggyógyítás magyar hagyományai a források és a szakirodalom tükrében*. Phd disszertáció. Bp. 2012.

<sup>54</sup> PÁPAI PÁRIZ Ferenc: *Pax Corporis*. Kolozsvár.1747. 85.

<sup>55</sup> CSAPÓ 1791. *Orvosló könyvetske*. Pozsony-Pest. Lanerer.

<sup>56</sup> Marikowzki Márton 1772. *A' néphez valo tudósítás Miképpen kellyen a' maga egészségére vigyázni*. Nagy Károlyban.

<sup>57</sup> VAJKAI Aurél: *Népi orvoslás a Borsavölgyében*. Kolozsvár, 1943,

## Élő transzplantáció

A transzplantáció az akkor bizarrnak tűnő lehetőség a 18. század végén és a 19. század legelején lett divatossá Európában Angliában épp úgy, mint Spanyolországban a Németalföldön és az osztrák birodalomban, amikor az esztétikai igény a fogászatban már nemcsak az arisztokrácia kiváltsága volt, hanem a polgári életben való érvényesülés, jó kapcsolatok, megbízások, különböző állás lehetőségének egyik feltétele az ép fogazat látványa volt. Tehetős emberek vásároltak fogakat és már szakmailag is próbálkoztak a fogak beültetésével, jóllehet semmilyen tudományos felkészültség nem állt rendelkezésre.

### *Szakmai dokumentumok*

Pierre Fauchard (1679–1761) híres, a modern fogászat első fogászati tudományos könyvében *Le Chirurgien Dentiste Ou Traite Des Dents* több, mint ötven esetleírásában részletes ismertetésében egy kis szociográfiát is hagyott az utókorra. Innen ismerhetjük a kezdeti transzplantáció menetét. A saját fog (autotranszplantáció) visszaültetése, vagy más fogának beültetése (transzplantáció) igen kedvelt eljárás volt. Ennek oka lehetett, hogy a foghúzás következtében az ideg elhalt, és így nem kellett tartani további fogfájástól, viszont az azonnali visszaültetésnél a tartórostok még újra megtapadhattak és így megtarthatták a fogat a helyükön. A pótlás gyorsan, technikailag egyszerűen, valamint esztétikusan megoldódott ezzel az eljárással. Érdekes eset M. de Romatet kapitány transzplantációjának etikai háttere, a kapitánynak ugyanis szüksége volt egy jobb felső szemfogra, majd a katonái közül egy arra alkalmas donör, a kiválasztott katona szolgáltatta a kívánt fogat. Az nem derül ki, hogy parancsra vagy önként, esetleg ellenszolgáltatás fejében vált-e meg a katona a teljesen ép fogától.

Az átültetés jobb alternatívája lehetett a pótlásnak, mint egy műfog bizonytalan behelyezése. A szinte elkerülhetetlen sikertelenség ellenére, a fogak átültetése divatossá vált a 18. század utolsó évtizedeiben, nagyrészt Hunter<sup>58</sup> fogakkal kapcsolatos kutatásainak köszönhetően, amely az

---

<sup>58</sup> *John Hunter*: The natural history of the *human teeth* : explaining their structure, use, formation, growth, and diseases. London: Printed for J. Johnson, 1771. *John Hunter*: *A practical treatise on the diseases of the teeth*.: intended as a supplement to the natural history of those parts. London: Printed for J. Johnson, 1778. KCSMD Historical Collection RK301 HUN

emésztőrendszer szerepével és struktúrájával kapcsolatos munkájának része volt. Az eljárás lényege az volt, hogy egészséges fogakat távolítottak el fiatal fiúk és lányok szájából (akik cserébe némi fizetséget kaptak), és azokat beillesztették a gazdag, idősebb jólfizető páciensek fogüregeibe, akiknek az elfeketedett csonkjait éppen a beültetés előtt távolították el.

### ***Szépirodalmi leírások***

Nemcsak szakmai leírások hitelesítik a folyamat jelenlétét, hanem szépirodalmi hivatkozások és a korabeli vizuális kultúra képviselői, rézkarcok, grafikák, festmények, szatirikus rajzok igazolják a közvéleményt foglalkoztató jelenlétét.

Például Victor Hugo híres regényében a *Nyomorultakban* a regény elején, francia forradalom előtti időszakban játszódó indító történet hű és reális képet rajzol a kor kiszolgáltatott, egzisztenciálisan lecsúszott, jóhiszeműségét kihasználó fiatal szép munkáslány tragikus sorsában, aki mindenét eladott, amit tudott (haját, fogát, testét) hogy kislányának jobb sorsot biztosítson.

„...Fantine belevegült a tömegbe és a többiekkel együtt kacagott ezen a handabandázáson, amelyben benne volt a tolvajnyelv és az úrinép beszédmódjának a keveréke. A foghúzó látta a szép leányt, amint nevetett és egyszerre odakiáltott: - Szép foga van magának, magának ott, aki nevet. Ha eladná nekem a két lapátját, mindegyikért adnék egy Napóleon-aranyat.

- Mit akar azzal mondani, hogy a lapátjaimat? - kérdezte Fantine.
- A lapát – szólta a fogász-tanár – az a két elülső fog, a két felsőfog.
- Borzasztó! – kiáltotta Fantine.
- Két Napóleon-arany, – dörmögte egy fogatlan vénasszony, aki ott állt. - Micsoda szerencséje van ennek!
- Fantine elszaladt és befogta a fülét, hogy ne hallja a férfi rekedt hangját, amint utána kiáltotta: – Gondolja meg szép kisasszony. Két Napóleon! Ennek hasznát lehet venni! Ha rászánja magát, jöjjön el este a *Tillac d'argent* fogadóba, ott talál majd.

Fantine hazament, dühös volt és elmondta a dolgot jó szomszédjának, Marguerite-nek: – Érti ezt? Hát nem borzasztó ember? Hogyan is engedhetnek ilyen embereket kódorogni az országban. Hogy kihúzza a két elülső fogamat. De hiszen borzasztó lennék. A haj, az még csak kinő, de a foga az embernek! Oh, a szörnyeteg! Inkább ledobnám

magam az ötödik emeletről fejjel lefelé a kövezetre. Azt mondta, hogy az este ott lesz a *Tillac d'argent-ban*.

- És mit kínált érte? - kérdezte Marguerite.
- Két Napóleont.
- Ez negyven frank.
- Igen, – felelte Fantine – ez negyven frank.

Elgondolkozott és munkához fogott. Egy negyedóra múlva abbahagyta a varrást és a lépcsőn újra elolvasta Thénardierék levelét.

Visszatérve a szobába, megkérdezte Marguerite-ot, aki mellette ülve dolgozott.

- Ugyan, mi az a hidegláz? Nem tudja?
- De igen – felelte az öreg leány. – Ez egy betegség.
- Sok orvosság kell hozzá?

Másnap hajnalban Marguerite belépett Fantine szobájába. Mindig együtt dolgoztak, mert ilyen módon csak egy gyertya kellett kettőjük számára. Fantine-t ott találta az ágy szélén ülve, sápadtan, dermedten. Nem is feküdt le. A főkötője térdére hullt. A gyertya egész éjjel égett és majdnem egészen elfogyott.

Marguerite megállt a küszöbön és szinte kőbálvánnyá lett a rendkívüli dolog láttára. És felkiáltott:

- Ur Isten, a gyertya egészen elégett, itt valaminek történnie kellett.
- Aztán ránézett Fantinera, aki feléje fordította hajától megfosztott fejét. Fantine az este óta tíz évet öregedett.

- Jézus! – kiáltotta Marguerite, – mi baja, Fantine?
- Semmi, – felelte Fantine. – Ellenkezően. A gyermekem nem hal meg abban a borzasztó betegségben segítség hijján. Boldog vagyok.

Ahogy így szólt, rámutatott két Napoleon-aranyra, amely ott ragyogott az asztalon.

- Oh, Uram Jézus! – szólt Marguerite. – Micsoda vagyon! Honnan vette ezeket az aranyakat?
- Kaptam őket, – felelte Fantine.

És ekkor mosolygott. A gyertya megvilágította arcát. Véres mosoly volt ez. Vöröslő nyál szennyezte be ajkai szögletét és fekete üreg sötétlett szájában.

A két fogát kihúzták.

A negyven frankot elküldte Montfermeil-be. Egyébként pedig az egész csak Thénardierék fogása volt, hogy pénzt kapjanak. Cosette nem volt beteg.

Fantine kidobta az ablakon a tükrét.”



*Émile Bayard 1862, Cosette*



## Vizuális dokumentumok

Képek, rézkarcok, litográfiák a rituális cselekvésnek, mint empirikus-történeti cselekvési egységek mutatják be azt a cselekménysort besűrítve egy kétdimenziós képbe, amelyek valójában egy globális társadalmi vetületet mutat be egy pillanatba besűrítve, mint társadalmi körülmény a hétköznapi történébe, konkrét eseményeket mutatva.

A műfogak létéről megbízható bizonyítékok<sup>59</sup> először a 17. században fordulnak elő Londonban, de a 18. század végére a szájanatómiáról szerzett tudás és a technológiai fejlődés következtében a fogász kompetenciája jelentősen kiszélesedett.<sup>60</sup> A klinikai gyakorlattal kapcsolatos tudásunk erről az időszakról elsősorban a kortárs nyomtatott szövegekből származik. Kiegészítő adatokhoz juthatunk a levelekből és naplóból vagy satirikus nyomtatványokból, Thomas Rowlandson gúnyrajzaiból,<sup>61</sup> például a transzplantációról<sup>62</sup> és a porcelán fogsorokról szóló szövegében és rajzában. Rowlandson jól ismert karikatúráiban ábrázolja Ruspini 'Fogátültetés'-éről készült satirikus rajzát (1787), melyben egyszerre mutatja be a hiúság igényeit és azon vállalkozó kedvű személyeket, akik ebből hasznot húznak.<sup>63</sup>

Samuel Rutter 1756-ban a fodrászsebészek mestere volt. A „fogász” divatosan öltözött és egy fiatal kéményseprő fogának kihúzásával foglalkozik. Segédje közben egy átültetett fog rögzítésével foglalkozik egy csinos fiatal hölgy beteg szájában, aki összeszorított kézzel egy kényelmes, alacsony derékú karosszékben ül.

---

<sup>59</sup> B. KURDYK (1999): i. m. 126–128. o.; J. J. Herschfeld: i. m. 40–43. o.

<sup>60</sup> M. COX – J. Chandler – A. Boyle – P. Kneller – R. Haslam: „Eighteenth and nineteenth century dental restoration, treatment and consequences in a British nobleman: unusual eighteenth and nineteenth century dental treatment and its consequences, in a nobleman excavated from beneath St. Nicolas' Church, Sevenoaks, Kent”. *British Dental Journal*, vol. 189., no. 11., 2000, pp. 593–603.

<sup>61</sup> Thomas ROWLANDSON: *Doctor Comicus; or the frolics of fortune*. A comic satirical poem, for the squeamish and the queer. In twelve cantos / By a surgeon. Illustrated with numerous plates. London, Jaques & Wright, 1828, Joseph Grego: Rowlandson the caricaturist : a selection from his works, with anecdotal descriptions of his famous caricatures and a sketch of his life, times, and contemporaries ; with about four hundred illustrations London : Chatto and Windus, 1880., Thomas ROWLANDSON: *Mercury and his advocates defeated, or vegetable intrenchment* : [commentary on] an engraving, 1789 New Haven, Yale Medical Library, Clements C. Fry Collection / James R. MISSETT, W. , Diana DONALD: *The Age of Caricature: Satirical Prints in the Reign of George III*. Yale University Press, New Haven, 1996; Mark Blackwell: „Extraneous Bodies”: *The Contagion of Live-Tooth Transplantation in Late-Eighteenth-Century England*. *Eighteenth-Century Life*, vol. 28., no. 1., Winter 2004, pp. 21–68.

<sup>62</sup> Mark BLACWELL: Uo. 21–68. o.

<sup>63</sup> J. Menzies CAMPBELL: Chevalier Bartholomew Ruspini, 1728–1813, *Dent. Mag. Oral Topics*, 1953, 70: 3-23. J. F. Kett, 'Provincial medical practice in England 1730–1815', *J. Hist. Med.*, 1964, 19: 17–29.



18. ábra: Rowladson: fogbeültetés

Egy idős férfi beteg csodálja a transzplantáció eredményét egy tükörben, egy idősebb hölgy beteg pedig arra vár, hogy megkapja az egyik kihúzott fogat. (18. ábra)

Az átültetés jobb alternatívája lehetett a pótlásnak, mint egy műfog bizonytalan behelyezése. A szinte elkerülhetetlen sikertelenség ellenére, a fogak átültetése divatossá vált a tizennyolcadik század utolsó évtizedeiben, nagyrészt John Hunter<sup>64</sup> fogakkal kapcsolatos kutatásainak köszönhetően, amely az emésztőrendszer szerepével és struktúrájával kapcsolatos munkájának része. Az eljárás lényege az volt, hogy egészséges fogakat távolítottak el fiatal fiúk és lányok szájából, és azokat beillesztették a gazdag, idősebb páciensek fogüregéibe, akiknek az elfeketedett csontjait éppen előtte távolították el. Rowlandson jól ismert karikatúráiban ábrázolja Ruspini 'Fogátültetés'-éről készült satírikus rajzát (1787), melyben egyszerre mutatja be a hiúság igényeit és azon vállalkozó kedvű személyeket, akik ebből megfelelő hasznot húznak.<sup>65</sup>

<sup>64</sup> John Hunter: *The natural history of the human teeth*: explaining their structure, use, formation, growth, and diseases. London: Printed for J. Johnson, 1771. *John Hunter: A practical treatise on the diseases of the teeth*: intended as a supplement to the natural history of those parts. London: Printed for J. Johnson, 1778. KCSMD Historical Collection RK301 HUN

<sup>65</sup> J. Menzies CAMPBELL: *Chevalier Bartholomew Ruspini*, 1728–1813, *Dent. Mag. Oral Topics*, 1953, 70: 3-23. J. F. KETT: 'Provincial medical practice in England 1730–1815', *J. Hist. Med.*, 1964, 19: 17–29.

## Halottból eltávolított fog beültetésre

Nemcsak élő donorok fogát használták, hanem holttestekből is, a frissen meghalt fiatal emberekből is kivették a fogakat beültetésre. Kiváló alkalom nyílt ez a csatamezőkön életerős fiatal emberek lemészárlása után ott heverték. Vállalkozó kedvű legények összegyűjtötték kis tarsolyukba a frissen kihúzott frontfogakat egy későbbi beültetés reményében. Ugyan a fogak elhaltak, biztos elszíneződtek egy idő után, de a beültetés pillanatában még esztétikusan elfogadhatóak voltak. Tömegesen ilyen foggyűjtő esemény a Waterloo-i ütközet után terjedt el, ezért nevezték ezeket Waterloo-fogaknak. A beavatkozás hatékonyságáról nem ismerünk pontos adatokat.

Francisco Goya 1799-ben egy 80 nyomatból álló sorozatot alkotott *Los Caprichos*: a Szeszélyek címmel bemutatta „*a minden civilizált társadalomban megtalálható számtalan örültséget, és azokat az előítéleteket és kárhözatos gyakorlatot, amelyeket a szókás, a tudatlanság és az önérdek megszokottá tett.*” A hamis



19 ábra: Goya: fogadászat – *A cazca de dientes* (*Los Caprichos*) 1799. Royal Academy of Arts

hiedelmek kritikája a Caprichos-sorozat egyik fő témája. Goya itt megrázó módon ábrázolja a fogak megszerzését egy felakasztott férfitől, részben a hiányzó fogak pótlására, részben a halott ember erejének átadására egy varázsigével az élőknak. Ez kevésbé volt jövedelmező, mint a fog pótlásának akarata (19. ábra)

Goya ebben a kompozícióban olyan jelenetet mutat be, amelynek súlypontja nem harmonikus, az egyik oldalra dől, a nő hátra hőkölt nyakával elhajol az egyenesen lógó halott testtől, elborzad az arca, és undorát eltakarja a fehér kendővel. Teljesen groteszk, már azért is szokatlan, hogy egy nő szerzi meg a fogat, nyilván saját számára. S hogy ez mennyire fontos neki mutatja a divatos, kihívó cipellői a lábán, vagyis a legújabb divatot követve, a szépségakarásával, ám ugyanakkor átérzi a helyzet lehetetlenségét is.

A transzplantáció felvetette a hátrányos helyzetűek kizsákmányolását, a testrészek szabad piacán a társadalmi egyenlőtlenségek bemutatását, ugyanakkor rávilágított a rohamosan kialakuló és egyre nagyobb mértékű általános, a fizikai tökéletességhez való hozzáférés igényére. A holt test immár nem feltétlenül csak holttest, hanem árú is egyben. Csak akkor válik egyé a két fogalom, ha már a társadalmi gépezet igényszintje kielégült és már nincs szükség a bennük rejlő szervek, szövetek piaci elvételére, megszerzésére.

Ez a jelenség azt is mutatja, hogy a fogászat, a különálló műtéti specialitásával megjelenik, mint professzionalizáció – háttérben a szépség és az általa elérendő társadalmi rang, elhelyezkedés lehetőségére, egy új fogyasztási minta, fogyasztási kultúra, a szépségipar-testipar modern paradox formája szerint.

Látványos beavatkozás volt nagyobb városokban a divatos implantáció/ transzplantáció/auto-transzplantáció, élő vagy halott idegen fogak beültetése. Kizárólag a 18. század a fénykora e beavatkozásoknak.

## Összefoglalás

A foghúzás mestersége hosszú évszázadokon keresztül fejlődött és változott, mire önálló szakmává alakult ki. Sokan foglalkoztak a fájó fogakkal, azok eltávolításával, különböző korokban különböző eszközökkel.

A foghúzás további, egyre szabályozottabb működése a már megjelenő intézményes oktatásban, vizsgákhoz kötötte, és törvényekben biztosította a 19-től a mai működés alapjait, a betegek érdekeit védve.

## Irodalomjegyzék

BLACKWELL, Mark (2004): „Extraneous Bodies”: *The Contagion of Live-Tooth Transplantation in Late-Eighteenth-Century England*. *Eighteenth-Century Life*, vol. 28., no. 1., Winter, pp. 21–68.

CAMPBELL, J. Menzies (1953): *Chevalier Bartholomew Ruspini, 1728–1813*, *Dent. Mag. Oral Topics*, 70: 3-23.

Catholic Encyclopedia:

<https://www.heiligenlexikon.de/CatholicEncyclopedia/Apollonia.html>

COX, M. – CHANDLER . – A. BOYLE – P. KNELLER – R. HASLAM (2000): „Eighteenth and nineteenth century dental restoration, treatment and consequences in a British nobleman: unusual eighteenth and nineteenth century dental treatment and its consequences, in a nobleman excavated from beneath St. Nicolas’ Church, Sevenoaks, Kent”. *British Dental Journal*, vol. 189., no. 11., pp. 593–603.

CSAPÓ J.(1791). *Orvosló könyvetske*. Pozsony-Pest. Lanerer.

DEÁKY Zita (1990–1991): Vásári sokadalom – füvesek, foghúzó és társaik. *A Magyar Mezőgazdasági Múzeum Közleményei*. 409–417.

DEMKÓ K.(1894): *A magyar orvosi rend története a 18. század végéig*. Budapest. 1894. Dobrowsky és Franke 502.

DOBÓ Dezső dr.(1931): Egy fogorvos visszaemlékezései. *Naplótöredékek. Fogorvosi Szemle*.11. sz.948–955.

DONALD, Diana (1996): *The Age of Caricature: Satirical Prints in the Reign of George III*. Yale University Press, New Haven,

*Erdély Magyar Egyeteme* (1941): Erdélyi Tudományos Intézet, Kolozsvár, 218. o.

ERNYEI J.(1909): Adatok borbélysebészeink 18. századi életéhez. *Gyógyászati Közöny*, 1909/38–45.

*Fejezetek a magyar gyógyszerészet történetéből*. Felsőoktatási segédkönyv (2012). szerk.: KAPRONCZAY Károly. Dr. CSEH Károly tanszékvezető egyetemi tanár

FORRAI Judit (2002): Népi gyógyászat a 18. században Magyarországon. *Dentál Hírek*, 2002/4–5., 50–52. o.

FORRAI Judit (2005): *Fejezetek a fogorvoslás és eszközeinek történetéből*. 97–116. o.

FORRAI Judit (2013): *Az európai fogászat fejlődése, a vándor-borbélyástól a fogász mesterségig különös tekintettel a 18. századra*. MTA doktori disszertáció. <http://real-d.mtak.hu/841>

FOUCAULT, Michael (1990): *Felügyelet és büntetés. A börtön története*. Gondolat. Bp.

*François Rabelais művészete, a középkor és a reneszánsz népi kultúrája* (1982). (ford. Könczöl Csaba). Budapest : Európa, ISBN 963-07-3012-X

GARRISON, Fielding H.(1929): *An Introduction to the History of Medicine*. (Fourth edition), Philadelphia, WB Saunders, pp. 386–387.

GENTILCORE, David (2003): *Apothecaries, „charlatans”, and the medical marketplace in Italy, 1400–1750*. Pharm Hist., vol. 45., no. 3., pp. 91–94.;

GORTVAY György (1953): *Az újabbkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 51., 200. o

GREGO, Joseph, Thomas Rowlandson (2015): Rowlandson the caricaturist: a selection from his works, with anecdotal descriptions of his famous caricatures and a sketch of his life, times, and contemporaries ; Vol.1,

GYŐRI Tibor (1936): *Az orvostudományi kar története 1770–1935*. Budapest, 299. o.

HERSCHELD J. J.:(1982) Nicholas Dubois de Chemant and the invention of mineral teeth. *Bull Hist Dent.*, vol. 30., no. 1., 1982 Apr, pp. 40–43.

HILLAM, Christine (1991): *Brass Plate and Brazen Impudence*. Dental practice in the Provinces 1755–1855. Liverpool University Press, pp. 153–298.

HÓGYES Endre (1896): *Emlékkönyv a Budapesti kir. Egyetem*. Magyar Orvosi Könyvtársulat, Budapest, 129–130. o.

HUNTER, John (1771):. The natural history of the *human teeth* : explaining their structure, use, formation, growth, and diseases. London: Printed for J. Johnson, 1771. *John Hunter: A practical treatise on the diseases of the teeth.*: intended as a supplement to the natural history of those parts. London: Printed for J. Johnson, 1778. KCSMD Historical Collection RK301 HUN

HUSZÁR György (1966): Salamon Henrik (1865-1944) fogtörténelmi munkássága. *Orvostörténelmi Közlemények* 38–39. 97–105.

JAGO, J. D (1984):. Early dental charlatans and quacks. *Bull Hist Dent.*, vol. 32., no. 2., Oct, pp. 118–125.;

KAÁN Miklós (2012): *A foggyógyítás magyar hagyományai a források és a szakirodalom tükrében*. Phd disszertáció. Bp.

KETT, J. F.(1964) Provincial medical practice in England 1730–1815, *J. Hist. Med.*, 19: 17–29.

KHODADOUST, Kazem, Ardalan, Mohammadreza, Pourabbas, Reza and Abdolrahimi, Majid, (2013): Dental and oral diseases in Medieval Persia, lessons from Hedayat Akhawayni. *J Med Ethics Hist Med*. 2013; 6: 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885147/>

KOUTROUMPAS, D. & Vrotsos I.(2021) Dental Terms in Julius Pollux’s The Onomasticon. *J Hist Dent*. 60(3):121.

KOUTROUMPAS, Dimitrios Chr. Lioumi, Evangelia, Vougiouklakis, George (2021): Tooth Extraction in Antiquity. *Journal of the History of Dentistry* 68(3):127–144

KÓSZEGHY Péter (2008): *Balassi Bálint, magyar Alkibiadesz*. Balassi Kiadó KFT. ISBN 9789635067619.

KURDYK B. (1999): *Nicolas Dubois de Chémant and the use of porcelain in dental art.*126–128. o.;

LINZBAUER X. F.(1852-1856): *Codex Sanitario Medicinalis. I-III.* Budae, 1856–1861., 1856–61. II. 264.

MAGYAR László András (2020): A foghúzás egy háromezer éves büntetés. *Képmás.*2020.10.28. <https://kepmas.hu/hu/foghuzas-egy-haromezer-eves-buntetes>

*Magyar Szó*, 1986. június 43. évfolyam, 163-177. szám 1986-06-16

MAGYARY-Kossa Gyula (1931): *Magyar Orvosi Emlékek.* Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest 163. o

MALVIN E. Ring (1998): *Quackery in Dentistry – Past and Present.* J Calif Dent Assoc., vol. 26., no. 11., 1998 Nov, pp. 818–826,

MARIKOWZKI Márton 1772. *A' néphez valo tudósítás Miképpen kellyen a' maga egészségére vigyázzni.* Nagy Károlyban.

MATKÓ István (1625–1693): RMK I. 1072 - X, ut tők könyvnek el-tépése, avagy Banyasz csákány, mellyel amaz fővenyen épitetett s-már leromlott házát, elébbi fővenyre sikeretlen sarral raggatni akaró és 1000. mocskokkal eszelössen szinlö s-mázló Sambar Mattyas nevü tudatla(n) sár gyúró...[https://library.hungaricana.hu/hu/view/RMK\\_I\\_1072/?pg=0&layout=s](https://library.hungaricana.hu/hu/view/RMK_I_1072/?pg=0&layout=s)

MOLNÁR Béla (1944): *Kassa orvosi története.* Wiko, Kassa,222. o.

O. NAGY Gábor (1952): *Otthagyta a fogát.* magyar Nyelvőr. 76. évfolyam 1952. március-április szám 136–138. .  
[http://real-j.mtak.hu/6026/1/MagyarNyelvor\\_1952.pdf](http://real-j.mtak.hu/6026/1/MagyarNyelvor_1952.pdf)

PÁPAI PÁRIZ Ferenc (1747): *Pax Corporis.* Kolozsvár. 85.

PÉTER Mihály (2006): *Az Erdélyi fogorvoslás történetéből.* Mentor Kiadó. Marosvásárhely.

RICCI, James Vincent (1990): *The Development of Gynecological Surgery and Instruments.* The Blakiston Company. Philadelphia, Toronto, 41.



ROWLANDSON, Thomas (1789): *Mercury and his advocates defeated, or vegetable intrenchment [commentary on] an engraving*, 1789 New Haven, Yale Medical Library, Clements C. Fry Collection / James R. Missett, W. ,

ROWLANDSON, Thomas (1828): *Doctor Comicus; or the frolics of fortune. A comic satirical poem, for the squeamish and the queer. In twelve cantos / By a surgeon. Illustrated with numerous plates.* London, Jaques & Wright,

SÁMBÁR Mátyás (1661) *Előő*: A Lutteránosok, és Cálvinisták igaz hitben vadnake? Második: Csak az Egy Pápista Hité igaz? Harmadik: A' Pápisták ellenkezneké á Sz. Irással, avagy inkább a' Lutterek, és Calvinisták? RMK I 979, RMNy 2997. Schneckenhaus Menyhart Venceszló, Nagy-Szombatban. <http://real-r.mtak.hu/id/eprint/407>

SIMON Katalin (2015): *Az egyetemi szintű speciális orvosi szakképzés kezdetei Magyarországon.* Adalékok a hazai fogászat történetéhez. Kaleidoscopehistory <https://doi.org/10.17107/KH.2015.10.284-304>

*Századok* – 1901. Történeti irodalom VÁMOSSY István: Adatok a gyógyászat történetéhez Pozsonyban. Szekszárdi Levéltár. Büntetőper. (Bp.) III/174.

TORKOS J[ustus János], (1745): *Taxa Pharmaceutica Poseniensis. Cum instructionibus pharmacopoeorum, chirurgorum, et obstetricum Speciali mandato Excelsii Regii Consilii Locumtenentalis Hungarici assumta, per Regium Sanitatis revisa, relata quattuor linguis, latina, hungarica, germanica, et slavica elaborata.* Royerianis,

VAJKAI Aurél (1943): *Népi orvoslás a Borsavölgyében.* Kolozsvár.

VAJKAI-Wagenhuber Aurél (1937): *Falusi foghúzóok* Ethnographia. 48. évf. 442—445.

VARGA Lajos (1962): A közegészségügy rendezése és helyzete hazánkban a múlt század utolsó negyedében. *Comm. ex Bibl. Hist. Med. Hung.* Suppl., no. 1., 5. o.

von HAEFEN, Klaus(1937): *August Gottlieb Richter, der Begründer der deutschen Chirurgie.* *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 84/1937., S. 1006–1007

## **Levéltári adatok**

BFL. Pesti tan. ir. II. 721/1865.

Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltára, Helytartótanácsi Levéltár, Acta Sanitatis (MNL OL C 37), Lad. A. Fasc. 34., a hajdúböszörményiek levele (1763. december 13.).

MNL. Htt. It. Acta San. Lad. A. Fasc.34. No. 16/II. 1771. május 7-én kelt rendelet.

S.E.Lt. 1/d II. kötet 272., 457. és 525. p.

# A FOGELTÁVOLÍTÁS JOGI VONATKOZÁSAI

DOI: 10.32558/fogeltavolitas.2021.2

## I. A. BETEGEK JOGÁLLÁSA

Az 1970-es évekig az orvos és a beteg kapcsolatára a paternalista-modell volt a jellemző. Az orvos tájékoztatta a beteget a felállított diagnózisról és az általa javasolt kezelési tervről, de egyedül döntött a páciens egészségét befolyásoló ellátásokról, a beavatkozáshoz való hozzájárulás kérdése fel sem merült. A beteg jogainak elismerése és szabályozása a 20. század közepén vette kezdetét, a történelmi, politikai, gazdasági és tudományos változások hatására. Ennek köszönhetően a beteg egyre inkább egyenjogúságot élvez, részt vesz a döntések meghozatalában.

Az egészségügyi ellátást igénybe vevő személy jogosultságának összességét betegjogként definiáljuk. A betegjog biztosítja az egészségügyi ellátásban részesülő személyek védelmét, csökkenti egészségügyi ellátórendszer irányában fennálló kiszolgáltatottságukat, és rögzíti mindazokat a garanciális elveket és szabályokat, amelyeket az ellátás során az egészségügyi ellátórendszer tagjai kötelesek érvényesíteni. A betegjog minden embert megillető, az egyén személyiségi jogaihoz tartozó jogosultság [38].

Hazánkban a betegjog szabályozásában és védelmében három törvény bír kiemelt jelentőséggel: Magyarország Alaptörvénye (Alaptörvény) [36], az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) [28], valamint a Polgári Törvényről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) [40].

Az egészségügyi törvényben nevesített betegjogok:

1. Egészségügyi ellátáshoz való jog
2. Az emberi méltósághoz való jog
3. A kapcsolattartás joga
4. A gyógyintézet elhagyásának joga
5. A tájékoztatáshoz való jog
6. Az önrendelkezéshez való jog
7. Az ellátás visszautasításának joga
8. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga
9. Az orvosi titoktartáshoz való jog

# 1. Az egészségügyi ellátáshoz való jog

Az egészségügyről szóló 1997. évi törvény [28] 6. §-a kimondja: „Minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzést biztosító ellátáshoz, valamint fájdalomának csillapításához és szenvedésének csökkentéséhez.” Ennek minden feltétel nélkül érvényesülnie kell, ennek megfelelően a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultságtól, járulékfizetési kötelezettség teljesítésétől, állampolgárságtól függetlenül. Az Eütv. nem határozza meg a feltétel nélküli ellátás jogosultság szempontjából alapvető súlyos egészségkárosodás fogalmát. Az 52/2006 (XII.28.) EüM rendelethez [24] tartozó melléklet foglalja össze a sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotokat és betegségeket. „A sürgősségi fogorvosi feladatok rendelési időn kívüli ellátására ügyeleti szolgálatot vagy készenléletet kell szervezni” 47/2004. (V.11.) ESzCsM rendelet szerint [23]. A sürgősségi fogellátás körébe tartozik a fogeltávolítás, a vérzéscsillapítás, idegentest-eltávolítás, törött fog lecsiszolás, gyökércsatorna megnyitás, és az előzőkhöz szükséges érzéstelenítés.

Az Eütv 7. §-a alapján minden betegnek joga van az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és egyenlő bánásmód követelményét kielégítő egészségügyi ellátáshoz. Elvben minden beteget megillet az egészségügyi ellátás igénybevételének lehetősége, de a beteg számára biztosítandó ellátás mennyiségi és egyéb kereteit jogszabály korlátozhatja. A beteg egészségi állapota határozza meg, hogy milyen gyógyászati ellátáshoz van joga. Az egészségi állapot által indokolt ellátás meghatározása kifejezetten szakmai kérdésnek minősül, emiatt e rendelet nem biztosít korlátlan jogot a beteg számára. Megfelelő a szolgálatnyújtás, ha a szakmai és etikai szabályok, irányelvek megtartásával történik. Szakmai szabályoknak felelnek meg a protokollok, módszertani levelek, a tankönyvekben, tudományos közlésekben megjelenő vagy egyébként általánosan meghonosodott szakmai irányelvek. Etikai szabályok közül kiemelendő az egészségügyben működő szakmai kamarákról, illetve a működésükkel érintett egészségügyi dolgozók tevékenységéről szóló 2006. évi XCVII. törvényben [12] meghatározott jogosultság az etikai kódex megalkotására és az eljárások lefolytatására [26]. Ezek a megfelelő ellátáshoz elsősorban a beteggel kapcsolatos méltányos, emberséges, korrekt magatartásra vonatkozó követelményekkel járulnak hozzá. Az Eütv. e

rendelkezése tehát egy olyan szabály, mely a szakmai-etikai követelmények betartásához jogi biztosítékokat szolgáltat. A folyamatos ellátás a hét mind a hét napján, a nap huszonnégy órájában mindenkor ténylegesen elérhető szolgáltatásokat jelenti. E rendelet az egészségügyi ellátórendszer egésze számára határozza meg követelményként a folyamatos rendelkezésre állást, hiszen nem lehetséges minden egészségügyi szolgáltatónál folyamatosan azonos szintű készültséget biztosítani. Mára megvalósult a területi ellátási rend a közfinanszírozott egészségügyben, ami azt jelenti, hogy a lakóhely alapján minden időpontban megállapítható, hogy ki melyik egészségügyi intézmény ellátási területéhez tartozik.

A 8. §-ban fogalmazódik meg a szabad orvosválasztás joga, ami korlátozás nélkül nem tud megvalósulni. Az orvosválasztás lehetőségét számos tényező szűkíti. Főszabály szerint a társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető fogászati ellátások annál a szolgáltatónál vehetők igénybe, amely arra területi ellátási kötelezettséggel rendelkezik. Az orvosválasztás a választott orvos egyetértésével történhet. Az orvosválasztás joga az egészségügyi szolgáltató működési rendjének megfelelően gyakorolható. A területi ellátási kötelezettség alapján kijelölt fogorvosi szolgáltatótól eltérően lehetősége van a betegnek másik fogorvoshoz fordulni, amennyiben a felkeresett fogorvos az ellátást elvállalja. A jól szervezett egészségügyi rendszer működésében zavart keltene, ha az orvosválasztás jogát egyszerre sokan kívánnák gyakorolni, és így az orvosok eredeti beosztásuktól eltérően végeznék feladatukat. A választott fogorvos, ha a beteget a körzetén kívül lakik, akkor is térítésmentesen köteles nyújtani az egészségbiztosítás keretében járó fogászati szolgáltatásokat. A szabad orvosválasztás joga lehetővé teszi a beteg bizonytalansága illetve az orvos diagnózisával, kezelési javaslatával egyet nem értése esetén, más orvos által történő vizsgálat végrehajtását, másodvélemény kérését.

## **2. Az emberi méltósághoz való jog**

Az emberi méltósághoz való jog az egyik legkiemelkedőbb jelentőségű alapjog, melyet Alaptörvényünk is kiemelt védelemben részesít és az emberi étellel együtt deklarálni, mivel az az emberi étellel együtt jár. Az emberi méltósághoz való jog azt fejezi ki, hogy van az embernek egy olyan érinthetetlen lényege, amely nem vonható szabályozás alá és minden

emberre nézve egyenlő. Általános személyiségi jog, mely külön nevesíthető részjogosítványokat is magába foglal, például az önazonosságához való jog, az önrendelkezéshez való jog, vagy az általános cselekvési szabadság, mely részjogosítványok megfelelő törvényi rendelkezéseket figyelembe véve korlátozhatók [36].

A beteg állapotából, illetve az egészségügyi ellátás sajátosságából adódó kiszolgáltatottság kiemelt jelentőséget tulajdonít a méltósághoz való jog betegjogok közötti önálló szabályozásának.

Magyarország Alaptörvénynek II. cikke szerint „*Az emberi méltóság sérthetetlen*” [36]. Ennek megfelelően az Eütv. általános kötelezése az egészségügyi ellátásra vonatkozóan megismételni és megerősíteni az Alaptörvény rendelkezését.

Az egészségügyi ellátás során az emberi méltósághoz való jog érvényesülésének alapkövetelménye, a beteggel emberhez méltó, tisztelettel, megbecsüléssel történő bánásmód. Ez magába foglalja többek között az udvarias, saját néven történő megszólítást, a megfelelő hangnem használatát, a beteg irányába tanúsított empátiát és mindennek az egész egészségügyi ellátás időtartama alatti érvényesülését.

Az Eütv. kimondja, hogy az egészségügyi ellátás során a beteg emberi méltóságát tiszteletben kell tartani, melynek érvényesülésének garanciális szabályait nevesíti a 10.§-ban. A törvény értelmében a betegen kizárólag azok az ellátáshoz szükséges beavatkozások végezhetőek el, amelyekbe a beteg beleegyezését adta. A fogeltávolítás során kizárólag az a fog távolítható el, amely a beteg gyógyulását szolgálja vagy egészségileg, vagy esztétikailag. A sérthetetlen emberi méltóság jogának korlátozását szigorú szabályokhoz köti az Eütv. Csak az egészségi állapota által indokolt ideig, törvényben meghatározott mértékben és módon lehet korlátozni. Az ellátás során a beteg személyes szabadságának illetve mozgásnak korlátozása fizikai, kémia, biológiai vagy pszichikai módszerekkel, eljárásokkal kizárólag szükség esetén, a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészsége védelmében korlátozható. Kínzó, kegyetlen, embertelen, megalázó vagy büntető jellegű korlátozó intézkedést tilos alkalmazni. A korlátozó intézkedés csak addig tarthat, ameddig az elrendelés oka fennáll [28]. Fogeltávolítás során felmerülő érzéstelenítéssel nem csillapítható szubjektív fájdalom, félelem, aktuális pszichés állapot esetén, a páciens saját illetve az egészségügyi dolgozók (fogorvos, asszisztens) testi épsége, valamint az ellátás

kivitelezésének sikeressége érdekében a páciens mozgásának korlátozása a fogeltávolítás idejére elrendelhető. A fogeltávolítás során rendeltetésszerűen használt eszközök a páciens hirtelen kézzel, lábbal történő helyzetváltoztatása során komoly egészségkárosodást, sérülést okozhatnak amellet, hogy a fogeltávolítást e mozgások nehezítik. Ilyen esetekben indokolt a törvényben megfogalmazottnak megfelelően a páciens karjának illetve lábának lefogása.

A fogeltávolítás során a fog mozgataa eredményezheti a fej elmozdulását a mozgataa irányának megfelelően, mely azt eredményezi, hogy a fog eltávolításához szükséges erő a fej elmozdulásában vesz el, ami a fogeltávolítás sikertelenségét okozza. E probléma kiküszöbölése érdekében az asszisztencia által fejestabilizálás történik, mely szintén a páciens mozgataának korlátozását jelenti. Látható, hogy ezekben a helyzetekben a páciens emberi méltósághoz való jogának korlátozása, a rendeletnek megfelelő okból, a fogeltávolítás idejére, a páciens egészségi állapotának megfelelően, annak maximális védelme érdekében történik. A páciens mozgataának korlátozását szóbeli figyelmeztetés előzi meg, melynek során tájékoztatás történik a mozgataának veszélyeiről illetve a mozgaskorlátozás szükségességéről, kivitelezéséről. Az eset dokumentálása megfelelő tájékoztatás mellett, tudatánál lévő páciens esetén nem szükséges.

A páciens csak méltányolható okból és ideig lehet várakoztatni. Az ellátás során felmerülő egyik leggyakoribb panasz fakad a páciens várakoztatásából. Mivel a fogorvoslásban úgy, mint az egész egészségügyben előfordulnak nem tervezett, sürgős ellátások, nem minden kényelmetlenséggel járó várakozás minősül jogellenesnek. A beteg szubjektív képe a várakozásról, vagy annak pusztá időtartama nem árul el sokat a várakozás jogszerűségéről. Ugyanakkor a rossz ellátásszervezés, más betegek indokolatlan előre sorolása, a munkaköri feladatok helyett más tevékenység végzése nem lehet jogszerű oka a várakozásnak. (Eütv.10.§)

### **3. A kapcsolattartás joga**

Az Eütv. 11. §-a által megfogalmazott kapcsolattartás joga a fekvőbeteg-ellátás során értelmezett fogalom, mivel a járóbeteg-ellátás nem indokolja a kapcsolattartás ilyen mértékű szabályozását [28].

A fogászati járóbeteg-ellátás során a beteget kísérő személy gyakran jelen kíván lenni a vizsgálat illetve a foghúzás során. Súlyos állapotú beteg, nem beszámítható idős, illetve kiskorú páciens esetében gyakran megkönnyíti az anamnézist és a diagnózis felállítását a kísérő jelenléte. Az előbb említett esetekben a kísérő pontosabb információval rendelkezik a fogeltávolítást befolyásoló kórelőzményt, gyógyszereszedést illetően. Viszont nem szabad elfelejteni a kiskorúak esetében a szülő jelenléte a kezelést befolyásoló bizonyos információk elhallgatását (pl.: drogfogyasztás) vonhatja maga után. Az orvos feladata feltérképezni az adott helyzetet, személyre szabott ellátást kell nyújtani ilyen tekintetben is. Ezekben az esetekben a páciensnek joga van ahhoz, hogy az általa megjelölt személy jelen legyen mind a vizsgálat, mind a kezelés során. Ezen jogokat a páciens a gyógyintézetben meglévő feltételektől függően, a betegtársak jogainak tiszteletben tartásával és a betegellátás zavartalanságát biztosítva gyakorolhatja. Ennek értelmében fogeltávolítás során jelen levő kísérő a kezelő helység elhagyására kötelezhető, ha magatartásával, cselekedetével a kezelést illetve más személy betegellátását hátráltatja, negatívan befolyásolja. (Eütv. 11.§)

#### **4. A gyógyintézet elhagyásának joga**

A gyógyintézet elhagyásának joga a páciens szabad mozgásának alkotmányos jogából eredő jogosultság, amely azonban nem korlátlan, a törvényben előírt szabályok betartásával gyakorolható. Az Eütv. kimondja, hogy a betegnek joga van a gyógyintézetet elhagyni, amennyiben azzal mások testi épségét, egészségét nem veszélyezteti, e jogosultság pedig csak törvényben meghatározott esetekben korlátozható. A fogászati ellátás elmulasztása nem veszélyezteti más ember testi épségét, egészségét. Ennek megfelelően a páciens fogeltávolítás során bármely időpontban bármely okból elhagyhatja a gyógyintézetet. A távozás feljegyzés köteles. (Eütv. 12.§)

#### **5. A tájékoztatáshoz való jog**

A tájékoztatáshoz való jog alapvető a beteget megillető jogosultságok rendszerében, hiszen számos más jogosultság előfeltétele, illetve azokkal együtt funkcionál. Szorosan kapcsolódik például az önrendelkezési joghoz,



vagy az ellátás visszautasításának jogához. Az információkhoz való hozzájutás módja, a kapott információk terjedelme, minősége a beteg egészségügyi ellátásának további alakulását is alapvetően meghatározza. E betegjogot tényleges tartalommal a bírói gyakorlat töltötte meg, azon az eljárások során, amikor a beteg a tájékoztatás elégtelenségére alapozta kártérítési követelését.

A 13.§ először általánosan meghatározza a tájékoztatás követelményét, ami két fontos elemet tartalmaz: a tájékoztatásnak, teljes körűnek és egyéniesített formában megadottnak kell lennie [28].

A törvény felsorolással részletesen meghatározza, hogy miről kell tájékoztatást kapnia a betegnek. A következőkben e jogok részletezésére kerül sor. A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon az egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését. Ami a diagnózisról, illetve annak hiányáról, valamint a betegség prognózisáról való tájékoztatást jelenti. A diagnózis kellő ismerete képezi az alapját a további tájékoztatásnak, az önrendelkezési jog gyakorlásának, valamint a beteg terápiával való együttműködésének. A betegnek joga van arra, hogy tájékoztatást kapjon az orvos által javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, ezzel kapcsolatban azok elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, vizsgálatok, beavatkozások tervezett időpontjáról, valamint arról, hogy az adott vizsgálatok, beavatkozások tekintetében döntési jog illeti meg. A beavatkozás kockázatairól való tájékoztatás kiemelendő, hiszen a beteg önrendelkezési jogát akkor tudja gyakorolni, ha tisztában van lehetséges kockázatokkal. A kockázat fogalmát sem az Eütv. sem más jogszabály nem definiálja. A legelfogadottabb meghatározás szerint kockázatnak tekintjük azt a lehetséges nem kívánt, egészségkárosodás formájában jelentkező következményt, amely a megfelelő, az elvárható gondossággal végzett ellátás mellett következik be. Az ilyen következmény tehát nem az orvos mulasztására vezethető vissza [41]. Arra vonatkozóan, hogy egyes beavatkozások milyen kockázattal járnak együtt és ezeknek körülbelül mennyi az előfordulási gyakorisága, a tankönyvek és a szakirodalom szolgáltat adatokat, azonban az előfordulási gyakoriságot teljes egzaktsággal nem lehet meghatározni, hiszen azt rendkívül sok körülmény befolyásolja. A betegnek joga van tájékoztatást kapni a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről. Joga van arra is, hogy az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, valamint a további

ellátásokról is tájékoztatást kapjon. Ennek keretében ismertetni kell vele, hogy az ellátás során milyen beavatkozásokat, milyen sorrendben terveznek, azokat diagnosztikus vagy terápiás céllal végzik. A betegnek joga van, hogy megismerje az ellátás során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően annak eredményét. Amennyiben a beavatkozás elvégzése valamilyen okból nem sikerült, akkor tájékoztatni kell róla, hogy ez milyen okra vezethető vissza. A betegnek joga van arra, hogy tájékoztatást kapjon a javasolt életmódról. Mindemellett joga van megismerni az ellátásában közvetlenül szerepet játszó személyek nevét, szakképesítését, ezt a célt szolgálja a munkaruházaton hordott kitűző, ami ezeket az adatokat feltünteti. A tájékoztatás terjedelmére vonatkozó szabályt a bírói gyakorlat tovább bővítette. Az EBH2001. 428. számú döntés szerint a tájékoztatásnak tárgyilagosnak, részletesnek, körültekintőnek és a valóságnak megfelelőnek kell lennie [20]. A tájékoztatás csak abban az esetben lehet teljes, ha kétoldali kommunikáció jön létre, tehát a páciens is részt vesz benne, felteheti kérdéseit. Kétoldali kommunikáció során nem csak a páciensben felmerülő kérdések tisztázódnak, de az orvos is tájékozódik a beteg tudásszintjéről, hogy mennyire értette meg a tájékoztatást.

Az egyéniesített formában megadott tájékoztatás jogszabályi követelménye azt jelenti, hogy a tájékoztatás nem az átlagos beteghez szól, így nem lehet sablonos, formális, és soha nem helyettesíthető valamilyen előre készített, általános ismertető anyag beteg részére történő átadásával. Utóbbi csupán kiegészítő tájékoztatás lehet, mely emlékezteti a páciens az orvos által elmondottakra. A tájékoztatás során öt tényezőre kell figyelemmel lenni: a páciens életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára. Az első kettő objektív adat, a születési dátum és az anamnézis segítségével tisztázható. Az utóbbi három azonban nehezebben felmérhető. Az orvos a beteg ismereteit tekintve a beteg elmondására van utalva, ami nem feltétlenül korrelál az iskolai végzettséggel. A lelkiállapot időben változó lehet, tájékoztatás során mindig az aktuális lelkiállapotnak megfelelően járjunk el. Nem magyar anyanyelvű beteg esetén a tájékoztatást adónak meg kell arról győződnie, hogy a páciens megérti-e a magyar nyelvet. Amennyiben nem, a tájékoztatáshoz tolmácsot kell igénybe venni. A tolmács kifejezés nem feltétlenül jeleníti azt, hogy szakirányú szakképesítéssel és működési engedéllyel rendelkező személyt kell igénybe venni, hiszen erről nem

rendelkezik a törvény, megfelelő szintű nyelvismerettel rendelkező személy is közreműködhet a tájékoztatásban tolmácsként. Eütv. nem tartalmaz olyan rendelkezést, amely szerint a beteg anyanyelvén lenne jogosult a tájékoztatásra, ezért a mindkét fél által jól értett és használt közvetítő nyelven is eleget tehet az orvos a tájékoztatási kötelezettségének. Siket vagy nagyothalló személy esetén, aki szájról olvasni és érthetően beszélni nem tud, ehelyett a kommunikáció során a magyar jelnyelvet használja a tájékoztatáshoz, jelnyelvi tolmácsot kell biztosítani.

A beteg tájékoztatáshoz való joga nem jelenti azt, hogy kötelessége a tájékoztatást meghallgatni, a tájékoztatásról bizonyos korlátok között lemondhat. Legfontosabb korlátja, ha a betegség természetét ismernie kell ahhoz, hogy ne veszélyeztesse mások egészségét. (Eütv. 13–14.§)

## **6. Az önrendelkezéshez való jog**

Az emberi méltósághoz való jog egyik részjogosítványa az önrendelkezéshez való jog, mely mindenkit megillető jogosultság. Lényegi tartalma korlátozhatatlan, viszont a törvény előírásának megfelelően és abban megfogalmazott szigorú feltételek mellett lehetőség nyílik restriktíójára.

Az önrendelkezéshez való jog, az egészségügyi ellátással összefüggésben biztosítja a beteget, hogy szabadon dönthet arról, hogy kíván-e egészségügyi ellátásban részesülni, illetve annak során milyen beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza, figyelembe véve a törvényben előírt korlátozásokat. Az önrendelkezési jog tehát a beteg döntési szabadságának jogosultsága, amely őt az egészségügyi ellátás teljes ideje alatt megillet. A betegnek joga van a kivizsgálását és kezelését érintő döntésekben aktívan részt venni. A törvényben megfogalmazott kivételektől eltekintve pedig bármely egészségügyi beavatkozás szükséges feltétele, hogy a beteg beleegyezését adja. A kezelésbe történő beleegyezés érvényességének feltétele, hogy a beteg megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen tegye meg. Továbbá az orvos-beteg jogviszonyban különös jelentősége van annak, hogy további érvényességi feltétel a megfelelő gondosságú tájékoztatás is, mely a két fél között fennálló információs aszimmetria megszüntetésére törekszik. Beleegyezés 3 formában történhet: ráutaló magatartással, szóban vagy írásban. Írásbeli forma csak az invazív beavatkozások és az önkéntes pszichiátriai kezelésre

irányuló kérelem esetén követelmény. Invazív beavatkozásként definiálja az Eütv. [28]: „*A beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozást, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat.*” Elhanyagolható kockázatot jelent például a hólyagkatéterezés, a vezetéssel történő érzéstelenítés, vérvétel illetve a foghúzás [38]. Az írásbeli nyilatkozatnak három fajtája van: az egyszerű magánokirat, a teljes bizonyító erejű magánokirat és a közokirat. Invazív beavatkozások során javarészt, egyszerű magánokirat elegendő a beleegyezéshez. Ebben az esetben az előre elkészített nyilatkozatot a beteg saját kézzel aláírja, tanú kézjegye azon nem szerepel. Ennél szigorúbb formai feltétel, csak az életmentő, életfenntartó kezelés visszautasításakor van, vagy ha kezelés elmaradása súlyos, maradandó fogyatékoságot okoz, illetve az élők közötti szervadományozás esetén az adományozó oldaláról szükséges. Az előbb említett eseteken kívül elegendő a szóbeli beleegyezés, illetve a ráutaló magatartás. Az egészségügyi ellátás során a szóbeli beleegyezés illetve a ráutaló magatartás nagy hasonlóságot mutat. Az érdemi különbség, hogy a szóbeli beleegyezés esetén beavatkozás során elhangzik szóban, hogy hozzájárul a beteg a beavatkozás elvégzéséhez. Míg ráutaló magatartás során nem mondja ki, hanem például kinyitja a száját foghúzás során.

Az önrendelkezési jog azt is jelenti, hogy a beteg a beavatkozás elvégzéséhez adott beleegyezését bármikor visszavonhatja. Értelem szerűen ennek az egy lépésből álló beavatkozások, például egy fog eltávolítása esetén, csak a beavatkozás megkezdése előtt van jelentősége, azonban több lépésből álló beavatkozás során bármely lépés előtt visszavonható a beleegyezés. A beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén a beteg kötelezhető az ennek következtében felmerülő és indokolt költségek megtérítésére. Ugyanakkor az Eütv. nem részletezi, hogy mi az alapos ok fogalma és egészségügyi ellátás során csak nagyon ritkán képzelhető el olyan indok, ami nem tekinthető alapos oknak.

A cselekvőképes beteg hiteles formátumban megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni, illetve azt a személyt, akit kizár a beleegyezés és visszautasítás jogának helyette történő gyakorlásából.

Cselekvőképtelen beteg esetében az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntéseket másnak kell meghoznia. A törvény sorrendet állít fel a beteg által meghatalmazott személy, a törvényes képviselő, és a hozzátartozók között.

Első helyen a korábban cselekvőképes nagykorú személy által még cselekvőképes állapotban meghatározott személy áll. Második helyen a törvényes képviselő jogosult a döntéshozatalra. Amennyiben a beteg cselekvőképtelen, és nincs törvényes képviselője, akkor hozzátartozók jogosultak dönteni a törvény által meghatározott sorrendben. A hozzátartozók tekintetében a törvény különbséget tesz a beteggel közös háztartásban élő és közös háztartásban nem élő hozzátartozók között. A törvényes képviselő és a hozzátartozó beleegyezését kizárólag invazív beavatkozásokhoz kell beszerezni, ez azonban nem vonatkozik a meghatalmazott helyettes döntéshozóra, mivel az ő esetében minden beavatkozáshoz szükséges a beleegyezés. A helyettes döntéshozó beleegyezése a beavatkozással felmerülő kockázatoktól eltekintve nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát. Az Eütv. általánosan elfogadott etikai elveknek megfelelően megfogalmazza, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntésében, cselekvőképtelen illetve korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg véleményét a szakmailag lehetséges mértékig figyelembe kell venni. A szakmailag lehetséges mérték magába foglalja a beteg belátási képességének megítélését is, és az általa nyilvánított kívánságokat elsősorban ennek megfelelően kell figyelembe venni. A 16. életévét betöltött kiskorú sajátos jogosítványokkal rendelkezik annak ellenére, hogy ő a polgári jog általános szabálya szerint korlátozottan cselekvőképes. Az általános szabályoktól eltérő egyik jog, hogy a 16. életévét betöltött kiskorú, úgy, mint a cselekvőképes személy, szintén megnevezhet helyettes döntéshozót. Ennek értelmében a beavatkozás elvégzéséhez nem kell feltétlenül a törvényes képviselő (szülők) beleegyezése. Sőt a többletjogosítványa értelmében megteheti, hogy törvényes képviselőjét, illetve más hozzátartozóját kizárja azoknak a köréből, akiket tájékoztatni kell. Harmadik különbség az általános szabályokhoz képest, hogy a 16. életévét betöltött kiskorú önállóan is lemondhat a tájékoztatásról. [28] (Eütv. 15–19.§)

## **7. Az ellátás visszautasításának joga**

Az ellátás visszautasításának joga szorosan kapcsolódik a beteg önrendelkezési jogához, hiszen a cselekvőképes személy a polgári jog

általános szabályai szerint önállóan tehet jognyilatkozatot, ami egészségügyi ellátás során annyit jelent, hogy eldöntheti, mely beavatkozásokba egyezik bele és melyeket utasít vissza. A beteg e jogosultsága keretében bármely egészségügyi ellátást kényszertől mentesen, szabad akaratából visszautasíthat. Az ellátás visszautasításának joga nem abszolút jellegű jogosultság, az Eütv. több vonatkozásban is korlátozza e joggyakorlást. Fontos azonban, hogy a jog lényeges tartalma az önrendelkezési joghoz hasonlóan itt is korlátozhatatlan. Az egyetlen feltétel nélküli, abszolút korlátozás, hogy a beteg az ellátást csak akkor utasíthatja vissza, ha annak elmaradása mások letét vagy testi épségét nem veszélyezteti. Az Eütv. 20–24. §-ai tartalmazzák azokat a szigorú feltételeket, melyek a meghatározzák, hogy milyen kritériumoknak kell megfelelni a fennálló egészségügyi ellátás visszautasítása esetén. Amennyiben a beteg nem cselekvőképes, akár életkora, akár gondnokság alá helyezés, akár aktuális állapota miatt, akkor önállóan nem hozhat döntést a gyógykezelésről, így a kezelés visszautasításáról sem. Ilyen esetben a törvény attól függően tesz különbséget, hogy a döntés milyen a követelménnyel jár: kezelés visszautasítása súlyos, vagy maradandó károsodást okoz e, de nem vezet halálhoz; illetve, ha potenciálisan halált okoz. Ilyenkor a kezelés visszautasítása vagy nem lehetséges, vagy csak meghatározott esetekben és feltételek mellett. [28] (Eütv. 20–25.§)

A fogeltávolítás visszautasításának nem szab korlátot az Eütv. Ilyenkor meg kell kísérelni a beteg döntésének hátterében lévő okok feltárását és a döntés megváltoztatását, ismételten tájékoztatni kell a beavatkozás elmaradásának következményeiről. A beteg a visszautasítást bármikor, alaki kötelezettség nélkül visszavonhatja.

## **8. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga**

Az Eütv. 24. §-a rögzíti az egészségügyi dokumentáció megismerésének a jogára vonatkozó részletes szabályokat.

Az Eütv. alapján egészségügyi dokumentációnak minősül az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. Az egészségügyi

szolgáltató köteles a beteg ellátásával kapcsolatos tevékenységet dokumentálni. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. Az egészségügyi dokumentációval az egészségügyi szolgáltató, az abban szereplő adattal a beteg rendelkezik. Az egészségügyi adatok körébe tartozik az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó információ. Az adat származhat a betegtől vagy más személytől, illetve lehet az egészségügyi ellátó által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat. A kötelezően felvett adatokon kívül a kezelést végző orvos dönti el, hogy a szakmai szabályoknak megfelelően, mely egészségügyi adat felvétele szükséges a beteg megfelelő ellátása szempontjából. Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni az egyes vizsgálatokról készült leleteket, az egészségügyi ellátás során keletkezett iratokat, a képpalkotó diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint a beteg testéből kivett szövetmintákat. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga számos részjogosultságot foglal magába. A 24. § 1. bekezdése általános szabályként határozza meg, hogy a beteg jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatait, illetve joga van arról tájékoztatást kérni. A dokumentáció megismerésének joga nem mindig korlátlan, amennyiben a betegről készült egészségügyi dokumentáció más személy magánokiratához való jogát érintő adatokat is tartalmaz, annak csak a betegre vonatkozó része tekintetében gyakorolható a betekintés, illetve egyéb jogosultság. Az Eütv. kimondja, hogy az egészségügyi szolgáltató által készített dokumentáció másolatára térítési díj ellenében jogosult a páciens, ugyancsak térítési díj ellenében összefoglaló vagy kivonatos írásos véleményt kaphat saját adatairól. Amennyiben a beteg saját maga készítette a másolatot vagy kivonatot a dokumentációról az díjmentes. Az egészségügyi törvénykönyvben megfogalmazottaknak, illetve kritériumoknak megfelelően bizonyos esetekben a betegén kívül más személy is jogosult lehet, a beteg egészségügyi dokumentációjában szereplő adatok megismerésére [6].

Az egészségügyi dokumentációt az adatfelvételtől számított legalább 30 évig, a zárójelentést legalább 50 évig, a képpalkotó diagnosztikai eljárással készült felvételt az annak készítésétől számított 10 évig kell megőrizni, ezt követően a törvény rendelkezései alapján kell tovább kezelni [28].

## 9. Az orvosi titoktartáshoz való jog

A hippokratészi esküben is megfogalmazódik az orvos titoktartási kötelezettsége, de azt az Eütv. a jog eszközeivel is szabályozza. Orvosi titoknak minősül az egészségügyi ellátás során az adatkezelő tudomására jutott egészségügyi és személyazonosító adat, emellett a szükséges, a folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó vagy abból keletkezett egyéb információ. A titoktartási kötelezettség függetlenül attól, hogy az adatokról közvetlenül a betegtől, más személytől, a beteg vizsgálata vagy gyógykezelése során, vagy bármely más módon szerzett tudomást, az időbeli korlátozás nélkül terheli az egészségügyi dolgozót. A páciens jogosult arra, hogy ezen adatokat, információkat csak a törvényben megfogalmazott kritériumoknak megfelelő jogosultnak közöljék, illetve bizalmasan kezeljék. A cselekvőképes páciens nyilatkozhat arról, hogy betegségét, egészségügyi ellátását tekintve kinek adható felvilágosítás, illetve kiket zár ki teljes vagy részleges mértékben az egészségügyi adatok megismeréséből. Nem abszolút jog, hiszen amennyiben a törvény elrendeli, vagy mások egészségének, testi épségének érdekében szükségessé teszi, hozzájárulás hiányában is közölni kell a páciens egészségügyi adatait. A beteg jogkörébe tartozik, hogy a vizsgálata és gyógykezelése során csak azok a személyek legyenek jelen, akiknek részvétele az ellátásban szükséges, illetve azok, akiknek jelenlétéhez a beteg hozzájárult. A beteg jogosult, hogy a vizsgálatára és a kezelésére olyan körülmények között kerüljön sor, hogy azt beleegyezés nélkül mások ne láthassák, illetve ne hallgassák, kivéve, ha a sürgős szükség és a veszélyeztető állapot esetén ez elkerülhetetlen. Az egészségügy minden területén kiküszöbölhetetlen mindennapos titoksértés következik be, amikor a váróban ülő betegek tudomást szereznek arról, hogy kik járnak az adott rendelésre. Ez a legtöbb esetben (pl.: fogorvosi ellátás) nem váltja ki az érintettekben a jogsértés képzetét, mely ellenkező esetben megoldhatatlan probléma (a váróban mindig csak egy-egy beteg várakozzon) elé állítaná a zsúfolt egészségügyi ellátást. Ez azonban más területeken (pl.: urológia, nőgyógyászat, pszichiátria) rendkívül szenzitív információnak számít, ilyen esetekben is csak magánrendelések esetén fektetnek arra hangsúlyt, hogy a távozó és érkező páciensek lehetőleg ne is találkozzanak. Közfinanszírozott rendeléseken ez az elvárás ezekben a szakmákban úgyszintén nem része a gyakorlatnak [28]. (Eütv. 25.§)



## I/B A betegek kötelezettségei

Az egészségügyi ellátás működését illetően nélkülözhetetlen, hogy amellett, hogy a páciens jogokkal rendelkezik, kötelezettségei is legyenek. Az Eütv II. fejezete az előző fejezetben taglalt betegjogok részletes szabályozása mellett megfogalmazza a beteg ellátása során fennálló kötelezettségeit is. Ezen jogszabályok között szerepel a szabályok, működési rend betartási kötelezettsége, a tájékoztatási kötelezettség, együttműködési kötelezettség, valamint a más beteg, illetve egészségügyi dolgozó jogainak tiszteletben tartása [28].

A páciensnek kötelessége az egészségügyi ellátás során tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat, illetve ezen túlmenően az egészségügyi szolgáltató működési rendjét is. Az ellátó intézet működési rendje írásos formában a 43/2003. (VII.29.) EszCsM rendeletben foglaltak szerint közzétett házirend útján áll a páciens rendelkezésére, melynek betartását a törvény külön is előírja [22]. E dokumentum tanulmányozása helyett a gyakorlatban inkább szóbeli tájékoztatásra hagyatkoznak a betegek. A valós tájékoztatás érdekében fontos, hogy az egészségügyi ellátószemélyzet tisztában legyen a beteg jogaival és kötelezettségeivel. A működési rendnek az intézmény működése érdekében szükséges szempontokat kell tartalmazni, nem lehet e dokumentum betartási kötelezettségére hivatkozva korlátlan kötelezettséggel felruházni a beteget.

A beteg kötelezettsége, hogy egészségi állapotához mérten segítse a vele kapcsolatba kerülő egészségügyi ellátószemélyzet munkáját. Az együttműködés és ennek keretében a tájékoztatási készség betegenként eltérő, hiszen az egészségi állapotán kívül függ az általános fizikai, mentális képességeitől, a beteg tudásától és a rendelkezésére álló információmennyiségtől. Különösen vonatkozik e kötelezettség a kórelőzményről való megfelelő tájékoztatásra, hiszen az egészségügyi személyzet általában nincs abban a helyzetben, hogy valamennyi korábbi dokumentum birtokában világosan lássa a beteg egészségének szempontjából lényeges előzményeket, jelenlegi gyógyszereszedését és egyéb, az állítás szempontjából lényeges körülményeket. Fogeltávolítás során kiemelten fontos kérdések vonatkoznak a gyógyszerallergiára, az aktuálisan és állandóan szedett gyógyszerekre, illetve hogy azokat milyen betegsége szedi a páciens. Direkt módon rá kell kérdezni a vérhígító illetve

biszfoszfonát szedésre, melyek nagymértéken megváltoztatják a kezelési módot. Kérdéseket kell feltenni korábbi műtéteket illetően, kiemelt hangsúlyt fektetve a szívbelhártya gyulladása, glaucomára, daganatos betegségekre. Nők esetében a várandósságra vonatkozó kérdést is fel kell tenni. Előbb említettekén kívül rá kell kérdezni a fertőző betegségekre (HIV, HPV, Hepatitis) illetve a vérátömlesztésre. Ezekről az információkról a beteg, illetve a kísérője tud felvilágosítást adni, emiatt jogvita esetén a beteget terheli a kórelőzményről való megfelelő tájékoztatás elmulasztása. A beteg felelőssége mások életét, testi épségét veszélyeztető állapotokról tájékoztatást adni, különös hangsúlyt fektetve a fertőző betegségekre.

Az egészségügyi ellátás során felmerülő gyógyulással leginkább kapcsolatban álló kötelezettség a gyógykezeléssel kapcsolatban kapott rendelkezések betartásának kötelezettsége. E körbe tartoznak a fogeltávolítás utáni teendők, mely teendőket betartva elkerülhető a szövődmény kialakulása valamint a gyógykezelés kapcsán kapott rendelkezés profilaktikus, illetve terápiás antibiotikum rendeltetészerű szedése. E kötelezettség látszólag ellentmond az önrendelkezési jognak, az ellátás visszautasítási jogának. Annak érdekében, hogy a jogok és kötelezettségek közötti egyensúlyt fenn lehessen tartani, az a megállapítás él, hogy amennyiben a páciens beleegyezik az adott egészségügyi ellátásba, úgy az egészségügyi dolgozó rendelkezésére kell állnia kötelességeit illetően. Amennyiben önrendelkezési joga alapján jogszerűen a tanácsoknak nem megfelelően jár el, az ebből adódó következmények őt terhelik. Egészségi állapotának ebből adódó romlásáért nem az orvos felel. [28] (Eütv. 26–27. §)

## II. AZ ORVOS JOGÁLLÁSA

Úgy ahogy a páciens esetében, úgy az orvos esetében is a jogállás két tényezőből tevődik össze. Jogok és kötelezettségek szintjén vizsgálható az orvos jogállása. Az orvos kötelezettségei a beteg jogainak mintegy megerősítése, hiszen ugyanazon problémák megfogalmazásáról van szó, csak a másik fél oldaláról nézve. Mindemellett az orvosok jogait szabályozó joganyagban az egészségügyi ellátást alapvetően meghatározó alapelveket is találunk. Az orvosok esetében nem vonható éles határ a jogok és kötelezettségek között, ezért ellenben a páciens jogaival és kötelezettségeivel, egy fejezetben az Eütv.-nek megfelelő sorrendben kerül tárgyalásra, különösen nagy hangsúlyt fektetve a fogeltávolítással kapcsolatos vonatkozásokra [28].

## 1. Fogorvos jogai és kötelezettségei.

1. Az egészségügyi dolgozók ellátási kötelezettsége
2. Vizsgálati és terápiás módszerek megválasztásának a joga
3. Az ellátás megtagadásának a joga
4. Tájékoztatási kötelezettség
5. Dokumentációs kötelezettség
6. Titoktartási kötelezettség

A fogeltávolítást szabályozó jogszabályokra, rendeletekre kiemelkedően szükség van, hiszen e fogorvosi ellátás során irreverzibilisen befolyásoljuk a páciens állapotát. Ugyanis a napjainkban ismert a fog pótlását szolgáló restaurátumok, a természetes fog esztétikáját és funkcióját nem tudják tökéletesen helyettesíteni. A maradandó károsodást eredményező ellátás személyi követelményeinek megfogalmazása, a testi sértés és az egészségügyi ellátás elkülönítése érdekében fontos. A tárgyi követelmények definiálása a legnagyobb gondossággal elvégzett ellátás alapvető kritériuma. A foghúzás során felmerülő szakmai követelményrendszernek a célja, az egészségügyi ellátás megfelelő minőségének biztosítása.

### Személyi feltételrendszer

Önálló fogorvosi tevékenység elvégzésének feltétele a fogorvosi tevékenység folytatására jogosító egészségügyi szakképesítés, ill. a kötelező továbbképzés teljesítése. További kritérium az egészségügyi vizsgálatnak megfelelő fogorvosok alap-, és működési nyilvántartásba történő bejegyzése [28].

### Foghúzáshoz szükséges képzés

Az egészségügyi ellátásra jogosult személy definiálására az 1972. évi egészségügyi törvényben került sor.<sup>66</sup> [28]

A törvény alapján orvosi, fogorvos, illetve gyógyszerési tevékenységet csak az folytathat, aki hazai orvostudományi egyetemen szerzett, vagy

---

<sup>66</sup> Azokon a helyeken hivatkozunk a 1972. évi I. törvényre, ahol a jelenleg hatályos eu. törvény – az 1997. évi CLIV. törvény – is ezt teszi. Ez azért célszerű, mert, ha valaki utána akar nézni, ne kelljen annyit lapozgatnia az eredeti törvény felkereséséhez”

külföldi egyetemen szerzett és hazai orvostudományi egyetemen honosított megfelelő oklevéllel rendelkezik.

Az törvény leszögezi, hogy az egészségügyi képzés, szakképzés és továbbképzés kapcsán, korszerűen felkészített, megfelelő szaktudással rendelkező orvosokat, gyógyszerészeket és egyéb egészségügyi dolgozókat képezzen, akik feladataikat a tudomány mindenkori állásának megfelelően képesek ellátni.

A fogorvosi alapképzés feljogosítja a fogorvost az önálló foghúzásra. Speciális szakképesítés nem szükséges az ellátáshoz. A képzés a fogorvosok számára a fogak, a száj, az állkapocs és a kapcsolódó szövetek rendellenességeinek és betegségeinek megelőzésére, diagnózisára és kezelésére kiterjedő valamennyi tevékenység folytatásához szükséges készségeket biztosítja. Az alapképzésre történő felvétel feltétele a felsőoktatási intézetbe történő felvételre jogosító érettségi bizonyítvány megléte. A fogorvosi alapképzés összesen legalább öt éves időtartalmú, mely legalább 5000 óra elméleti és 5000 óra gyakorlati képzést foglal magába. A fogorvosi képzés alap tárgyakat, orvos-biológiai, általános orvosi tárgyakat és közvetlenül fogászatra vonatkozó tárgyakat oktat. Ennek megfelelően a fogorvosi diplomával rendelkező személynek, csak úgy, mint az általános orvosi diplomával rendelkező személynek sikeres vizsgát kell tennie például fizikából, kémiából, patológiából, gyógyszerantából, általános sebészetből, amellett hogy mélyre hatoló tudást szerez és éppúgy sikeres vizsgát tesz a közvetlenül fogászatra vonatkozó tárgyakból. Utóbbiak közé tartozik például a megtartó fogászat, parodontológia és a szájsébeszet tárgya.

Az alapképzésben részt vett, fogorvosi diplomával rendelkező személy saját belátása szerint illetve az 1997. évi CLIV törvényt betartva dönthet, arról, hogy önállóan látja el vagy szájsébeszeti szakrendelésre utalja a páciens foghúzás érdekében.

Fogorvosi diplomával nem rendelkező személy is végezhet bizonyos esetben fogorvosi tevékenységet, foghúzást. Szakképesítése megszerzéséhez szükséges képzésben részt vevő személy felügyelet mellett végezhet fogorvosi tevékenységet. A felügyeletet ellátó személy fogorvosi alapképzést elvégző fogorvos illetve szakorvos lehet. Az ellátás során a felügyeletet ellátó személy a felügyelt személy által önállóan nem végezhető szakmai tevékenységért teljes felelősséggel tartozik.

Általános orvosi diplomával rendelkező személy végzettségét illetően jogosult a foghúzásra, annak korlátja csupán szakmai kompetenciája. Műtét közbeni fogeltávolítás aspiráció megelőzése érdekében életmentő lehet. Ebben és más esetben is a fogeltávolítást az elvárható legnagyobb gondossággal, a szakmai követelmények keretei között, etikai szabályok megtartásával, legjobb tudása és lelkiismerete szerint, a rendelkezésére álló tárgyi és személyi feltételrendszer által meghatározott szinten kell elvégeznie.

## **2. Nyilvántartások**

### ***Alapnyilvántartás***

Az alapnyilvántartás célja a megszerzett szakképesítés közhiteles tanúsítása. Az egészségügyi szakképesítés megnevezése mellett tartalmaznia kell a személy nevét, nemét, lakhelyét és tartózkodási helyét. Az érintett neve és szakképesítése mindenki számára megismerhető, nyilvános adat. Az alapnyilvántartást az Állami Egészségügyi Ellátó Központ vezeti. (Eütv. 111.§) [28]

### ***Működési nyilvántartás***

A működési nyilvántartásba való felvétel lényegében az egészségügyi tevékenység végzésére való jogosultságot jelzi, emiatt az egészségügyi tevékenység szigorú feltételrendszere alapján történhet.

Nem lehet felvenni azt, aki alapnyilvántartásban nem szerepel, személyazonosító adatainak szolgáltatását megtagadja, aki szakmai továbbképzési kötelezettsége teljesítését nem igazolja. Szintén nem lehet alapnyilvántartásba venni, aki büntetett előlethez fűződő hátrányos jogkövetkezmény hatálya alatt áll vagy egészségi állapota következtében az egészségügyi államigazgatási szerv az egészségügyi tevékenység folytatására alkalmatlannak nyilvánította

A működési nyilvántartás tartalmazza az egészségügyi dolgozó nevét, tudományos fokozatát, természetes személyazonosító adatait, a szakmai képzések keretében megszerzett szakképesítéseket, valamint szakirányú továbbképzések megnevezését és ezeket igazoló oklevél adatait. A működési nyilvántartásban szerepel az egészségügyi dolgozó, fogorvos korábbi

tevékenysége, a felügyelet mellett végzett egészségügyi ellátásra vonatkozó adatok, illetve a külföldi munkavégzéssel kapcsolatos információk.

A működési nyilvántartásba történő bejegyzés iránti kérelem benyújtásával egyidejűleg az egészségügyi dolgozó hozzájárul, hogy a működési nyilvántartást vezető szerv hatósági ellenőrzést végezzen, adatot igényeljen a bünyügyi nyilvántartási rendszerből. A működési nyilvántartást szintén az Állami Egészségügyi Ellátó Központ vezeti.

Az egészségügyi dolgozó működési nyilvántartásának érvényességi ideje öt év, mely a nyilvántartott személy kérelmére megújítható vagy meghosszabbítható az 1997. évi CLIV törvény 113 §-ának megfelelően [28].

### **3. Tárgyi feltételrendszer**

A 2003. évi LXXXIV. törvény 5§-ának megfelelően az egészségügyi dolgozó az egészségügyi tevékenységet a rendelkezésére álló tárgyi és személyi feltételek által meghatározott szinten köteles teljesíteni [10]. A törvény egyértelműen jelzi a tárgyi követelmények fontosságát, hiszen csupán megfelelő tárgyi háttérrel lehet a páciens legnagyobb gondossággal, etikai és szakmai szabályoknak megfelelően ellátni. Foghúzás előtt mérlegelni kell, hogy a fogorvosi rendelő rendelkezik-e az adott esetnek megfelelő tárgyi követelményekkel, amennyiben igen, de mégis olyan komplikáció merül fel, melynek tárgyi követelményei nem biztosítottak, gondoskodni kell a szakrendelésre utalásról.

Fogeltávolítás tárgyi követelményeinek igényét egy bizonyos mértékben minden rendelőnek ki kell elégíteni, nem csak a dentoalveolaris sebészeti szakrendelőnek. Fogászati kézi műszer készlet a fogászati tükrön, szondán és csipeszen kívül többek között foghúzó fogószorozatot is magába foglal. A korona és gyökérfogó mellett egyéb foghúzáshoz szükséges eszközöket is tartalmaz: fogggyökéremelő sorozatot, csontkanalat, raspatóriumot, csontcsípőt. A felmerülő komplikációk, illetve a feltárást igénylő fogeltávolításhoz szükséges eszközök is alapvető tárgyi követelményei a fogorvosi rendelőnek. Ezekkel az eszközökkel kellő szaktudás mellett elvégezhető a foghúzás.

Emellett a fogeltávolításhoz és az azt megelőző diagnózishoz is nélkülözhetetlen néhány nem speciális, nem csupán fogeltávolításhoz szükséges eszköz. Ennek megfelelően fogeltávolítás tárgyi követelménye két

egységből épül fel. Az első egységbe az alapvető fogászati tárgyak, eszközök tartoznak. Ezek közé tartozik például a fogászati kezelőegység, fogászati kezelőszék, melyek nélkülözhetetlenek darabjai bármilyen fogászati ellátásnak csak úgy, mint a fogászati csipesz, szonda és tükör és ezek sterilizálására szolgáló hőlégmentilizáló vagy autokláv. A második egységbe a már említett foghúzó fogósorozat, foggyökéremelő sorozat, csontkanál, raspatóriumot, csontcsípő, szike, szikenyél, tű, tűfogó, tartozik.

A dentoalveoláris szakrendelőnek rendelkeznie kell minden olyan műszerrel, melyekkel megfelelő szaktudású fogorvos, dentoalveoláris sebész a komplikált eseteket is el tudja látni. Többek között a sebészeti fűrógép, mikromotor, szájszébeszeti fűrókészlet, szívókészülék, sebkampó, szájjúgkampó, véső tartozik e speciális műszerek közé [25].

## 4. Ellátási kötelezettség

Az egyik legalapvetőbb orvosi kötelezettség, mely párhuzamba állítható a beteg ellátáshoz való jogával. Az egészségügyi dolgozók ellátási kötelezettségét több tényező is befolyásolja, ilyenek például a szakmai szabályok, páciens ellátásával összefüggően jogszerűen megtehető nyilatkozatok, egészségügyi szolgáltató szakmai szabályai, ennek ellenére a sürgős szükség mindig kivétel kategóriát képez. A sürgős szükség esetén nyújtott szakelsősegély mércéje a törvényértelmében a „tőle elvárhatóság”. Az orvosnak az adott helyzetben, az adott körülményektől függő, szakmai tudásának megfelelő, az adott helyzetben elvárható gondossággal végzett elsősegély nyújtási kötelezettsége van. [28]

A sürgős szükség, mint fogalom definiálására egy tágabb és egy szűkebb megfogalmazást használunk. Tárgan értelmezett sürgős szükség, egy olyan állapotváltozás bekövetkezése, mely miatt azonnali beavatkozás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. A 47/2004. (V.11.) ESzCsM 17.§-a taxatív felsorolással meghatározza a szűkebb értelemben vett sürgős szükség körébe tartozó beavatkozásokat. A rendelet értelmében a fogeltávolítás is ezen beavatkozások körébe tartozik. Ennek megfelelően az az ellátási kerületbe tartozó pácienseken túl, mindenkinek el kell végezni a fogeltávolítást, mely egészségügyi biztosítással rendelkező személy esetében ingyenes ellátás [23]. (Eütv. 125–127.§)

## 5. Az ellátás megtagadásának joga

Az Eütv. 131.§-a részletesen taglalja, hogy mely esetben tagadhatja meg az ellátást az orvos. Ahogy az Eütv., jelen fejezetben is két nagy csoportban kerül tárgyalásra e kérdéskör. Az egyik csoportba a vizsgálat megtagadása tartozik, míg a másikba magának az ellátásnak a megtagadása. Az orvos a hozzá forduló beteg vizsgálatát megtagadhatja, amennyiben az más beteg azonnali ellátása miatt akadályozva van. Az említett személy ellátásáról más orvoson, szükségszerűen más egészségügyi szolgáltatón keresztül kell gondoskodni. További tényező, ha a beteg az együttműködési kötelezettséget súlyosan megsérti. Az előbbire példa, ha a beteg személyes adatait hitelt érdemlően nem igazolja. Az ellátás megtagadható lelkiismereti okból, ha az közvetlenül nem veszélyezteti a beteg életét illetve nem okoz neki maradandó károsodást, de ebben az esetben is más ellátóhoz kell irányítani a beteget. Utóbbi indok a fogorvosi rendelőben nem gyakori. Ha az orvos életét, testi épségét a beteg magatartása veszélyezteti, szintén már a vizsgálat előtt megtagadható az ellátás, függetlenül attól, hogy a beteg tehet-e magatartásáról vagy sem. Ennél egy fokkal enyhébb, ha a páciens a sértő, fenyegető magatartást tanúsít az ellátó orvos irányába. Ebben az esetben csak akkor van lehetőség az ellátás visszautasítására, ha mindez nem a beteg állapotából ered, azaz elvárható lenne a megfelelő magatartás tanúsítása és az ellátás megtagadásával nem veszélyeztetjük az állapotát. A közfeladatot ellátó egészségügyi dolgozó fokozott védelmét biztosítja a Btk. 311. §-a, mely kimondja, hogy az egészségügyi dolgozót erőszakkal vagy fenyegetéssel akadályozó, vagy éppen ellátásra kényszerítő beteg, tettlegesség nélkül is három évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető [40]. Végül visszautasíthatja az ellátást az orvos beteghez fűződő személyes kapcsolatára hivatkozva. Ilyenre példa az orvossal rokoni kapcsolatban álló páciens, vagy orvossal haragban, illetve perben álló beteg esete. Az előbb részletezett esetek az orvos számára lehetőséget adnak az ellátás visszautasítását illetően, a továbbiakban azon esetek ismertetésére kerül sor, mely során kötelező az orvosnak visszautasítani az ellátást. Kötelező visszautasítani az ellátást, ha az orvos az ellátásra pillanatnyilag alkalmatlan állapotban van, hiszen ilyenkor az ellátás a betegre nagyobb kockázatot jelent, mint az ellátatlanul hagyás. Ilyen eset például, ha az orvos fizikai igénybevehetősége, ítélőképessége, koncentrációja átmenetileg romlik. A Járványügyi rendelet 31.§-a szerint akut



felső légúti, illetve enterális fertőzés tünetét mutató egészségügyi dolgozó nem vehet részt a közvetlen betegellátásban [4]. Az előbb taglalt esetekben a vizsgálat előtt visszautasítható a kezelés. A következőkben csak a vizsgálaton és a kórisme felállítása után, sürgősség kizárását követően az ellátás terápiás szakaszára korlátozódik az ellátás megtagadása. A terápia nyilvánvalóan megtagadható, ha a felállított kórisme alapján egyáltalán nem igényel ellátást a beteg. Megtagadható abban az esetben is, ha a beteg által kért vagy a beutaló orvos által javasolt ellátás az adott helyzetben szakmailag nem indokolt. Abban az esetben, ha a betegnél nem áll fenn azonnali ellátási szükség, a vizsgálatot követően megtagadható az ellátás és a beteg visszarendelhető vagy másik ellátóhoz irányítható. Amennyiben a beteg további ellátásához nincsenek meg a szükséges személyi és tárgyi minimumfeltételek, a beteget tovább kell utalni a megfelelő ellátás érdekében. Ez alól kivételt képeznek a sürgősségi esetek, melyeket az adott helyen rendelkezésre álló eszközökkel a lehetőségekhez képest meg kell kísérelni elhárítani a sürgősségi állapotot és beteg állapotát stabilizálni. Az ellátást kötelező megtagadni a vizsgálatot követően, ha a beteg által kért ellátás jogszabályba vagy szakmai szabályba ütközik [28].

## **6. A vizsgálati és terápiás módszerek megválasztása**

Az egyes szakmai módszerek alkalmazási szabadsága a diagnosztikai és terápiás eljárásban az orvosokat, fogorvosokat megilleti. Ez a szabadság nem korlátlan, az adott ágazatra vonatkozó jogszabályok, az „Evidence Based Medicine (EBM)” szerint felállított szakmai szabályok, protokollok, irányelvek, módszertani levelek, ezek hiányában megalapozott, elfogadott, szakmai egyetértéssel alapuló ajánlások szabják meg a szabadság mozgásterének kereteit. Fontos megjegyezni, hogy az orvos felelős a választott módszerét, ezért személyi feltétele az alkalmazni kívánt módszernek, hogy a betegellátó által ismert és kellően elsajátított, begyakorolt legyen. A személyi feltételek mellett a tárgyi feltételeknek is biztosítottaknak kell lenni. Alapvető szabályként itt is érvényesül, hogy a törvényben meghatározott kivételektől eltekintve, bármely ellátáshoz a beteg illetve szükség szerint a helyette nyilatkozni jogosult személy megfelelő tájékozott beleegyezése szükséges. A választott eljárásnak mindig kisebb kockázatúnak kell lennie, mint a be nem avatkozásnak. Amennyiben

nagyobb vagy egyenlő a beavatkozás és a be nem avatkozás kockázata, azaz ha nagyobb vagy egyenlő eséllyel károsodhat a beteg az ellátástól, mint nélküle, akkor nem végezhető el az adott beavatkozás. Az orvost megilleti a konzílium joga, mely történhet fogorvosi ellátás során a szék mellett, illetve betegbeutalás révén. Foghúzás tekintetében az általános betegséggel rendelkező személyek esetében gyakori a konzílium, mely lehetővé teszi, hogy az ellátás igazodjon a beteg általános állapotához, aktuálisan szedett gyógyszereihez. Nagy kockázatot jelent a foghúzás tekintetében a vérhígítás céljából a kumarin származékok szedése, melynek leállítása illetve dóziszváltoztatása vagy más gyógyszerrel történő áthidaló kezelése a kezelőorvos jogkörébe tartozik. [28] (Eütv. 129–130. §)

Az anamnézis felvétel történhet szóban illetve írásban. Legmegfelelőbb a kettő együttes alkalmazása. Az aktuális panaszra vonatkozó kérdések (pl. a fájdalom jellege, lefolyása, kiváltó tényezők) a diagnózis felállításában nyújtanak segítséget, ezen információkat célszerű szóban begyűjteni. Szóbeli „kikérdezés” során a személyre szabott, irányított kérdésekkel pontosabb, részletesebb információkat nyerhetünk, mint az általánosított kérdőívek alkalmazásával. A biztonságos és eredményes kezeléshez fontos, hogy a páciens általános egészségi állapotáról pontos képet kapjunk. Számos olyan általános egészségi állapotot érintő elváltozást, betegséget ismerünk, mely befolyásolja a fogeltávolítás folyamatát. Ezen elváltozásokra vonatkozó kérdéseket célszerű írásban és szóban is feltenni. A kettős információszerzés lehetőséget teremt a gyorsabb, pontosabb, szélesebb körű tájékozódásra, esetlegesen ellentmondásos információk tisztázásra. Gyakorlatban ajánlatos az általános egészségi állapotra vonatkozó kérdőív páciens általi kitöltése után szóban visszatérni a kérdésekre. A korábbiakban leírtaknak megfelelően az Eütv. által megfogalmazott dokumentációs kötelezettség részeként elengedhetetlen, hogy írásos „nyoma” maradjon az anamnézis felvételnek [28] (Eütv 136§). A betegdokumentáció részeként nem kötelezően, de óvatosságból ajánlott alkalmazni az anamnézis beteggel történő aláíratását.

A fogeltávolítást, azaz a kezelést minden esetben megelőzi a már előbb említett anamnézis felvétel mellett, a klinikai vizsgálat, illetve szükségszerűen egyéb kiegészítő vizsgálatok. Egyes szakmai módszerek alkalmazási szabadsága a diagnosztikai és terápiás eljárásban a fogorvosokat megilleti [28]. Ezen szabadságot korlátozzák az „EBM szerint felállított szakmai

szabályok, protokollok, módszertani levelek. A klinikai vizsgálat extraorális és intraorális vizsgálati elemekből épül fel, mely egybekötött a sztomatookológiai szűrővizsgálattal. Utóbbi a statisztikai adatok alapján hazánkban kiemelkedően magas prevalenciájú szájüregi daganatok visszaszorításának alapköve. Az intraorális vizsgálat során az eltávolítandó fogon kívül a még meglévő fogakat és egyéb szájüregi képleteket (pl.: nyelv, szájpad) is meg kell vizsgálni, inspekcióval illetve palpációval egyaránt. Kiegészítő vizsgálatnak minősülnek a képalkotó eljárások, melyek közül a legáltalánosabb a röntgenfelvétel. Sem a fogeltávolítás előtt, sem pedig utána nem kötelező képalkotó vizsgálatot készíteni, csupán szakmai javallat. Fogeltávolítás előtt az anatómiai viszonyok feltérképezésében nyújt segítséget. Az anatómiai viszonyok (pl. görbült gyökér, sinus maxillaris közelsége) nem befolyásolják a fogeltávolítás szükségességét. A fogeltávolítás során minden esetben a legnagyobb gondossággal kell eljárni. Ezen megállapításokból levonható az a következtetés, hogy a képalkotó vizsgálattal illetve a nélkül is bekövetkeznek az anatómiai viszonyokból adódó nehézségek. Ugyanakkor nem szakmai hiba például az előbb említett görbült gyökér betörése, vagy a sinus maxillaris megnyitása, ha ezt követően a fennálló problémát a fogorvos kezeli, azaz a gyökeret eltávolítja illetve az aperturát zárja. Ezzel szemben célszerű lehet fogeltávolítást követően képalkotó vizsgálatot alkalmazni, sőt szakmai hibának minősül nem alkalmazni, abban az esetben, ha a kétely merül fel betört fogdarabot, csontszilánkot, idegentestet illetően. Az egészségügyi dokumentáció részeként a képalkotó diagnosztikus eljárások felvételeit az egészségügyi szolgáltató 10 évig köteles tárolni. A fogeltávolítás utáni sebellátást befolyásolja a páciens egészségügyi állapota illetve az aktuálisan szedett gyógyszer, mely további kiegészítő vizsgálatok szükségességét vonja maga után. K-vitamin antagonistát (Syncumar, Warfarin, Marfarin) szedő páciens esetén, 24–72 órával a fogeltávolítás előtt az INR értéket ellenőrizni kell. Amennyiben az INR érték 3,5 alatti, a fogeltávolítás elvégezhető megfelelő vérzéscsillapítás mellett (pl. sutura behelyezés). Ezen érték fölött a kezelőorvossal konzultálni szükséges és kérni kell a VKA adás módosítását vagy a páciens LMWH-ra történő átállítását [32].

## 7. Tájékoztatási kötelezettség

A beteg tájékoztatáshoz való jogának megfelelő, kezelőorvost terhelő kötelezettség. Tulajdonképpen a beteg jogának másik oldalról való megfogalmazásáról van szó, melyből egyértelműen látható, hogy milyen nagy hangsúlyt fektet az Eütv. a megfelelő tájékoztatásra, mely az önrendelkezési jognak megfelelő tájékozott beleegyezés alapjaként szolgál. Ennek megfelelően az Eütv. 134. §-a, mely az orvos tájékoztatási kötelezettségét tartalmazza, annak rendszerességét, kivitelezését, törvényes végrehajtását illetően számos helyen utal vissza a beteg jogait tartalmazó paragrafusokra. A tájékoztatásról szóló ellátói kötelezettség kiterjed a betegjogokra, a javasolt ellátásokra és azok esetleges alternatíváira, az ellátások elvégzésének és azok elmaradásnak kockázataira és előnyeire, a diagnózisra, a prognózisra [28]. Itt sem fogalmazódik meg pontosan egy-egy beavatkozás során kötelezően átadni szükséges információk halmaza, így arról sem olvashatunk pontos leírást, hogy fogeltávolítás során mit kell részletesen elmondani a páciensnek, mely probléma háttéréről a beteg tájékoztatáshoz való jogáról szóló fejezetben részletesebb leírás olvasható. Ez a tájékozott beleegyezés nem egyértelmű megfogalmazása számos esetben jogvita alapjaként szolgál.

A fogeltávolítás során felmerülő tájékoztatási kötelezettségnek ki kell elégítenie a jogszabályi követelményeket. Tájékoztatni kell a páciens a diagnózisról, mely fogeltávolítás során lehet például fogbél elhalás, mély szuvasodás, gyökér (gangraena pulpae, caries profunda, radix) illetve ezeknek az elváltozásoknak a prognózisáról, alternatívkezelési eljárásokról. Így például a még gyökérkezelés indikációjának megfelelő fog lehetséges ellátásáról.

A kezeléssel kapcsolatos információknak tartalmazniuk kell, hogy a kezelés helyi érzéstelenítésében történik, mely során nyomási érzékenység előfordulhat. A kezelés elkezdése előtt meg kell beszélni a pácienssel, hogy a fogeltávolítás közben hogyan tud kapcsolatot teremteni az orvossal, hiszen fogeltávolítás közben a beszéd akadályozott. A kapcsolatteremtés céljából a bal kar felemelése ajánlatos, mely alkalmazása során a legkisebb a kockázat egyéb sérülés bekövetkezésére. Érzéstelenítést követően, a továbbra is fennálló fájdalom csillapítása szakmai indok hiányában, csupán a páciens kérésére nem alkalmazható. Amennyiben a beteg reakcióiból és egyéb

körülményekből alaposan feltételezhető, hogy az érzéstelenítő hatásának csökkenése miatt nem tolerálható a beavatkozás okozta fájdalom, akkor mind a beteg komfortja, mind a nyugodt munkavégzés érdekében átgondolandó az újabb érzéstelenítő adása. A fájdalom szubjektív jellege okozza a nehézséget. Az orvos nem tud egyértelműen meggyőződni annak valóságáról, mértékéről. Az orvos bizonytalansága mellett, ha a páciens konzekvensen fájdalmat jelez, akkor a dokumentációban megfelelően rögzítve, újabb érzéstelenítőt kaphat a beteg, annak előírásában szereplő maximális dózisszintjéig. Természetesen a beteg kórelőzménye, aktuális egészségi állapota egyéni mérlegelést tesz szükségessé.

A fogeltávolítást követően arcduzzanat, szájnnyitási-nyelési korlátozottság, fájdalom, hőemelkedés jelentkezhet, melyről szintén tájékoztatni kell a páciens, illetve e panaszok várható lefolyásáról (3–4 nap alatt fokozatosan megszűnnek), szükség esetén lehetséges enyhítéséről.

A fogeltávolítás lehetséges szövődményeiről is tájékoztatni kell a páciens. A műtéti beavatkozást követően felléphet utóvérzés, sebgyógyulási zavar, gyulladáso panasz. A felső állcsonton végzett műtétéknél előfordulhat, hogy az arcüreg megnnyílik. Nagyon ritkán átmeneti vagy maradandó érzéskiesés, zsibbadás előfordulhat idegsérülés miatt. Ritka szövődménynek számít az állcsontok törése, mely műtétileg vagy konzervatív úton eredményesen kezelhető. Ezen szövődmények esetlegesen a páciens félelmét kelthetik, ezért a tájékoztatás során nyomatékosan ki kell térni az ellátás elutasításával járó kockázatokra. Fontos felhívni a páciens figyelmét arra, hogy a fogeltávolítás során felmerülő kockázati tényezők javarészt kevésbé károsak az egészségre, orvoslásuk kevésbé terhelik meg a szervezetet, mint az ellátás elutasítása során felmerülő kockázati tényezők, melyek halálo kimenetelűek is lehetnek (pl.: phlegmone).

A beavatkozást követő teendőkről is tájékoztatást kell nyújtani a páciensnek. Fontos hogy nem szabad öblögetni, szívogatni és a nyelvvel érinteni a műtéti sebet. Dohányzó páciens esetében fel kell hívni a figyelmet annak fokozott kockázatára. Legalább 3–4 napig kerülje az alkohol, kávé, tej és tejes termékek valamint apró magvas ételek fogyasztását. Illetve tartózkodjon a testi megerőltetéstől (ne hajolgasson, ne emeljen). [31]

A szóbeli tájékoztatás mellett célszerű a páciensnek odaadható formanyomtatványokat, betegfelvilágosító dokumentumokat készíteni. Ezen

dokumentumok lehetőséget nyújtanak arra, hogy a páciens ismételten tájékozódjon teendőiről, a számos páciens számára stresszes állapotot előidéző fogorvosi rendelőt elhagyását követően is.

Mivel a dokumentációs köteletség kiterjed az ellátás minden részletére, a tájékoztatásról is készülni kell dokumentációnak. Az orvos illetve a páciens akkor van védve leginkább, ha minden lényeges információ írásban rögzítésre kerül.

## 8. Dokumentációs kötelezettség

Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga alapvető betegjog, melyből adódóan az előző pontban említett tájékoztatással összefüggő információk mellett, az egészségügyi dokumentációval kapcsolatban is tettünk említést a betegek jogait részletező fejezetben. A korábban már részletesen tárgyaltak ebben a fejezetben újból nem kerülnek megismétlésre. A dokumentáció általában elektronikus vagy papíralapon történik. Mindkettő esetében alapvető kritérium, hogy a dokumentációt úgy kell vezetni, hogy a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. Az Eütv. 136. §-a taxatív jelleggel felsorolja, hogy melyek azok az információk, amelyeket az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni. A teljesség igénye nélkül ezen információ halmazba tartozik, a páciens személyazonosító adata, a kórelőzmény, a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredmény, az elvégzett beavatkozás, illetve a beavatkozást végző személy. A jogszabály által előírt kötelező tartalom felül, más információ is rögzíthető, amely a kezelőorvos belátása szerint szükséges és a betegjogot nem sérti, illetve jogszabály nem tiltja [28]. Az utólag jogellenesen módosított egészségügyi dokumentáció a Btk. 272–272. §-a értelmében hamis tanúzás bűncselekményének minősülhet bírósági, hatósági eljárásban [14]. Amennyiben nem kerül bírósági vagy hatósági eljárásban felhasználásra, akkor az hamis magánokirat felhasználásának minősül. Az egészségügyi ellátó a jogszabálynak megfelelő módon és formában kezeli, tárolja és védi a beteg által önként szolgáltatott egészségügyi ellátáshoz szükséges személyes és egészségügyi adatokat. Amennyiben a beteg az adatszolgáltatást megtagadja, azzal ellátást veszélyezteti, abban az esetben, ha a hiányos adatok nem teszik lehetővé az ellátást. A dokumentációt az egészségügyi szolgáltató köteles tárolni, az Eüak. 30. §-a alapján 30 évig,

illetve a képkalkotó felvételeket 10 évig, viszont a dokumentumban lévő adatokkal a páciens rendelkezik [7].

## 9. Titoktartási kötelezettség

Az egészségügyi dolgozóra vonatkozó titoktartási kötelezettség az alapvető betegjog megerősítésének célját szolgálja [28]. (Eütv. 138.§)

Az Eütv. 139. §-a az egészségügyi dolgozók védelme érdekében kimondja, hogy minden egészségügyi dolgozó minden egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggő tevékenység végzése során közfeladatot ellátó személynek minősül, és így fokozott büntetőjogi védelmet élvez. Ez a státusz fokozott felelősséggel jár, hiszen számos bűncselekmény súlyosabbnak minősül közfeladatot ellátó személyként elkövetve. Az Eütv. 140. §-a szakmai fejlődéshez való jogot és kötelezettséget taglalja [28].

## 10. Fogorvosi tévedések, hibák

Az orvosok, fogorvosok alapvető célja az egészség helyreállítása, megőrzése, egészségkárosító tényezők kiküszöbölése. Ezzel szemben orvosi tevékenységek során előfordulhat, hogy ellátás során egészségkárosodás következik be.

Az orvosi, fogorvosi tevékenység a veszélyes foglalkozások körébe tartozik. A legnagyobb gondosság, legszabályszerűbb ellátás mellett is előfordulhat a beteg károsodása. Az egészségkárosodás többféleképpen megnyilvánulhat például munkaképesség-csökkenésben, beteg szokottnál lassúbb idejű gyógyulásában, illetve a beteg tartós egészségromlásában.

Az egészségügyi ellátás során alkalmazott beavatkozások mindegyike kisebb-nagyobb kockázattal jár, melynek nagysága a beavatkozás típusától függ. Kockázat definíciója szerint: *„Valamely tevékenységgel, cselekvéssel szűkszerűen együtt járó eredménytelenség, károsodás vagy veszély bekövetkezésének lehetőségét jelenti.”* [41] Az orvosi, fogorvosi ellátással összefüggésben felmerülő kockázatot minden esetben a betegnek kell vállalnia a beavatkozásba való beleegyezéssel. A kockázatokról személyre szabott tájékoztatást köteles nyújtani az orvos. Az Eütv. 129. §-a értelmében az orvos a terápiás vagy vizsgálati módszert csak akkor alkalmazhatja, ha a

beavatkozás kockázata kisebb mint az alkalmazás elmaradásával járó kockázat [28].

Az orvosi tevékenység kockázatának körébe tartozik minden olyan egészségkárosodás vagy halál, amely az orvosi foglalkozás szabályainak mindenben megfelelő tevékenység mellett következett be és a beavatkozásnak nem szükségszerű velejárója, melynek bekövetkezése emiatt előre nem látható, így el nem hárítható. Amennyiben az előbb megfogalmazott feltételek mindegyike fennáll, az orvos nem felelős a káros következményekért. Viszont, ha csupán egy is hiányzik, felvetődik az orvos felelősségének kérdése. A foghúzás során felmerülő kockázat számos tényezőtől áll. Ezen tényezők közé sorolandó, az anatómiai viszonyok rendellenessége; a páciens egyedi reakciója, mely során az fogorvosi tevékenységre egyedileg és mástól eltérő módon, előre ki nem számíthatóan vagy előre nem láthatóan reagál. Emellett objektív és szubjektív tényezők is vannak, előbbi körébe tartoznak például a helyi adottságok, a rendelkezésre álló műszerezettség, felszereltség, míg utóbbi körébe tartozik például az orvos tapasztalatlansága, a munkavégzés során felmerülő váratlan helyzetek miatti lelkiállapot [28].

Az egészségkárosodás létrejöhet a betegség okából, ami helyes orvosi tevékenység mellett is létrejönne, létrejöhet az orvos illetve a beteg hibájából adódóan is. Az orvosi tevékenységből adódóan létrejövő egészségkárosodás hátterében két dolog állhat az egyik, ha az orvos valamit hibásan cselekszik, a másik, ha valamely szükséges tevékenység elvégzést elmulasztja. Ezen hibák objektív és szubjektív okból keletkezhetnek. Az objektív ok miatt létrejövő hibák az orvosi tevékenység általános veszélyességéhez fűződnek, melyek az orvos leggyakoribb eljárása ellenére jönnek létre. Szubjektív ok miatt keletkezett hiba esetében, az orvos saját személyéből eredendően hibázott, hiszen nem a tőle elvárható gondossággal járt el. Ilyen esetben foglalkozási szabályszegés is fennáll, az orvos felelősséggel tartozik. A szubjektív hiba valamint a szabályszegés még nem ad alapot a jogi felelősségre vonásra. Jogi kérdést vet fel a bűnösség és felróhatóság. A bűnösség büntetőjogi kategória, míg a felróhatóság polgári jogi. Az orvos bűnössége gondatlanság, kivételes esetekben szándékosság formájában állhat fenn. Gondatlanságból az cselekszik, aki előre látja magatartásának káros következményeit, de könnyelműen bízik azok elmaradásában, úgyszintén az is, aki e következmények lehetőségét azért nem látja előre, mert a tőle



elvárható figyelmet vagy körültekintést elmulasztja. Előbbi ritkábban előforduló forma a luxuria, utóbbi gyakoribb a negligentia [41].

Az egészségügyi dolgozók felelőségével kapcsolatos bírói gyakorlat büntető eljárás során leggyakrabban pénzbeli büntetést alkalmaz. Foglakozástól való eltiltás vagy szabadságvesztés nagyon ritkán fordul elő. A büntető eljárás az elkövető megbüntetését célozza meg, a sértett számára ez közvetlen előnnyel nem jár. Ezzel szemben a polgári peres eljárás elsődleges célja a kár jóvátétele, a reparáció. A megítélt kártérítési összeg közvetlenül a károsulthoz jut. Kár alatt azt a hátrányt értjük, amit jogalany a jogilag védett érdekeiben elszenved. Vagyoni és nem vagyoni kárt tudunk megkülönböztetni. Vagyoni kár kapcsán beszélhetünk pozitív kárról és elmaradt haszonról. Pozitív kár esetében a meglévő vagyonban következik be károsodás, míg elmaradt haszon esetében a vagyonnövekedés marad el. A nem vagyoni kár lényege a személyiségi jogok sérelme. A törvény értelmében ide tartozik például a testi épség, az egészség, az emberi méltóság megsértése, etikai sértések eltűrése. Ilyen esetben az orvos szakértő véleményezi, hogy történt-e kezelés közben hiba, amely a beteg károsodását eredményezte. A kártérítési összeg megítélése a bíró feladata. Az egészségügyi intézmény felelőségének jellemzője, hogy az alkalmazott fogorvos felelősége korlátozott, helyette az intézmény perelhető.

A polgári peres eljárások száma, a felperes pernyertességének aránya, illetve a megítélt kártérítési összeg nagysága egyaránt növekvő tendenciát mutat [41].

### III. SPECIÁLIS KÉRDÉSKÖRÖK

A speciális csoportba tartozó betegek speciális ellátást igényelnek. Az első cikkben taglalt általános betegjogok mellett, számos az állapotuktól függő jogmódosítással és plusz jogosítvánnyal rendelkeznek. Ebből adódóan e betegek speciális feladat elé állítják az egészségügyet, a fogászati ellátást, melyet bonyolít, hogy e páciensek érdekérvényesítő képessége kisebb és állapotukból adódóan sokkal sérülékenyebbek.

Tárgyalt speciális esetek:

1. Gyermek
2. Fogvatartottak
3. Hajléktalanok
4. Fogyatékkal élők
5. Pszichoaktív szer befolyása alatt állók
6. Várandósok
7. Fertőző betegek
8. Pszichiátriai kezelés alatt állók

Fontos megjegyezni, hogy fogászati ellátás során úgy, mint az egész egészségügyi ellátás során minden páciens önmagában speciális esetnek számít. Ahogy nincs két ugyanolyan ember, két ugyanolyan páciens sincs. A betegek panasza, egészségi állapota, fizikai, pszichikai állapota illetve igényei egyedivé teszik az adott ellátást.

A cikk második részében, az eddigi besorolásba be nem illeszthető, de mégis a gyakorlatban gyakran felmerülő, az eltávolított fog speciális kérdésköre kerül tárgyalásra

#### 1. Gyermek

A magyar jog, így az 1997. évi CLIV. törvény sem tartalmaz önálló rendelkezést a kiskorúak, gyermekek egészségügyi ellátását illetően.

A 18. életévet még be nem töltött személy kiskorú, emiatt szülői felügyelet alatt áll. A szülői felügyeleti jog a kiskorú szüleit (örökbefogadót is) együttesen illeti meg, kivéve, ha a bíróság határozatában másképpen rendelkezik.

A Polgári Törvénykönyv értelmében a kiskorú személyek korlátozottan cselekvőképes illetve cselekvőképtelen állapotúak. Korlátozottan cselekvőképes az a kiskorú, aki a 14. életévét már betöltötte. Ilyen jogi státusszal a kiskorú jognyilatkozatának érvényességéhez a törvényes képviselő beleegyezése szükséges. Bizonyos esetekben ettől eltérően járhat el a Ptk. 2.12.§-ában megfogalmazottaknak megfelelően. Az a kiskorú, aki a 14. életévét még nem töltötte be, cselekvőképtelen, akinek nevében a törvényes képviselő járhat el, és az általa tett jognyilatkozat semmis [40]. A Polgári Törvénykönyvnek megfelelően a kiskorúak egészségügyi ellátásának szabályozását illetően az Eütv.-ben a korlátozottan cselekvőképes illetve cselekvőképtelen betegekre vonatkozó szabályok az iránymutatóak. Az Eütv. külön szabályokat tartalmaz a 16. életévét betöltött személyekre vonatkozóan. [28]

A kiskorú egészségügyi ellátása során felmerülő jognyilatkozatokat a törvényes képviselő teszi meg. A gyermek törvényes képvisellete általában szülői felügyeleti jog keretében történik. Az emberi méltósághoz való jog általánosan megilleti az embert, értelemszerűen kiskorúakra is vonatkozik. Ennek megfelelően a házirend is vonatkozik a kiskorú betegre, melynek betartása a hozzátartozóknak is kötelező. A kapcsolattartáshoz való jog lehetővé teszi, hogy a kiskorú beteg mellett tartózkodjon a törvényes képviselő, illetve a 16. életévét betöltött beteg által megjelölt személy. Az ellátás zavartalanságának biztosítása érdekében a vizsgálatokról, kezelésekről a törvényes képviselő illetve a megjelölt személy kiküldhető. Az ellátás során a gyermeket is megilleti a személyre szabott tájékoztatási jog. Tájékoztatás alatt a törvényes képviselőnek joga van jelen lenni, kivéve, ha a családtag illetve a 16 éven felüli beteg jognyilatkozata ezt kizárja. Az Eütv.-nek megfelelően fogeltávolítás során felmerülő döntésekben a cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes gyermek véleményét a szakmailag lehetséges mértékig figyelembe kell venni, még abban az esetben is, ha a beleegyezés, illetve visszautasítás jogát más személy gyakorolja. A törvényben megfogalmazottak alapján, a kiskorú törvényes képviselője nem tehet olyan érvényes nyilatkozatot, ami a gyermek egészségi állapotát hátrányosan érintené. A törvényes képviselő beleegyezése szükséges a kiskorú fogának eltávolításához. Az egészségügyi ellátás alatt történő dokumentáció megismerésének joga a törvényes képviselőt illeti, kivételt képez ez alól, ha a 16 évet betöltött kiskorú jognyilatkozata mást tartalmaz.

Az orvosi titoktartáshoz való jog nem kötött a páciens életkorához. Módosítás megfigyelhető a kiskorúak esetében, de alapvetően megilleti őket is. A különbség a törvényes képviselő jogából adódik, aki jogosult a kiskorú egészségügyi és személyes adatainak megismerésére. Abban az esetben, ha a bíróság vagy a gyámhivatal az erre vonatkozó törvénynek megfelelően határozatban korlátozta, szüneteltette vagy megvonta a szülő szülői felügyeleti jogát, akkor nem kaphat a gyermekéről információt az egészségügyi ellátótól. [28]

Az egészségügyi törvény a Ptk.-tól eltérően külön szabályokat tartalmaz a 16. életévet betöltött kiskorúra vonatkozóan. Az úgynevezett érett kiskorúnak lehetősége van a tájékoztatásról lemondani, illetve személyeket kizárni a tájékoztatásból. További plusz jogosítvány, hogy megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki helyette beleegyezésre valamint tájékoztatásra jogosult [28].

## 2. Fogvatartottak

A fogvatartottakra helyzetükből adódóan speciális jogszabályok vonatkoznak. Az egészségügyi ellátásához való jog őket is megilleti, viszont jogi helyzetük miatt kiszolgáltatottak az állami beavatkozásoknak. A 2013. évi CCXL. törvény (továbbiakban Bv.tv.) [16] 157.§-a értelmében a *„Szabadságvesztés végrehajtása során biztosítani kell az elítélt hatályos egészségügyi, társadalombiztosítási, egészségbiztosítási jogszabályok, illetve a kötelező szakmai eljárásrend szerinti egészségügyi ellátást”*. A fogvatartott egészségügyi ellátása során rendelkeznek némi korlátozás mellett az Eütv.-ben megfogalmazott betegjogokkal. A korlátozás például az intézmény-választáshoz való jogban jelenik meg, amely önköltségi finanszírozás mellett külön engedéllyel valósulhat meg. A Bv.tv. biztosítja a fogvatartottat az egészségügyi ellátás során felmerülő dokumentáció megismerésének jogáról, a tájékoztatáshoz való jogáról, az ellátás visszautasításával kapcsolatos önrendelkezési jogáról.

A büntetés-végrehajtó szervnek biztosítani kell a fogvatartottak számára a rendszeres járóbeteg-, és sürgősségi ellátást. A fogvatartott fogászati ellátásáról szintén a büntetés-végrehajtó szervezet gondoskodik. Amennyiben a megfelelő egészségügyi ellátás a büntetés-végrehajtás szervezet keretein belül nem megvalósítható, a büntetés-végrehajtó orvos gondoskodik arról, hogy az elítélt a jogviszonyban álló egészségügyi

intézményben részesüljön a megfelelő ellátásban. Az egészségügyi ellátást biztosító intézménybe való szállítást a fogvatartott egészségi állapotának megfelelően kell kivitelezni.

A CPT<sup>67</sup> hangsúlyozni kívánja, hogy a kezelés céljából külsős egészségügyi intézménybe küldött elítéltet nem szabad odabilincselni a kórházi ágyukhoz, kezelőszékhez vagy más berendezési tárgyhoz a szökés megakadályozása végett. A biztonsági igények kielégítése szempontjából más megoldást kell keresni, például az egészségügyi ellátás, foghúzás során őrt kell a beteg mellé rendelni [35].

### 3. Hajléktalanok

Bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személyt, illetve azt, akinek bejelentett lakhelye a hajléktalan szállás a szociális igazgatásról és ellátásról szóló 1993. évi III. törvény hajléktalanként definiálja. Továbbá hajléktalannak minősül az, aki éjszakáit közterületen vagy más nem lakás céljára szolgáló helységben tölti [5]. A hajléktalanok egészségügyi helyzetével kapcsolatos kutatások egyértelműen bizonyítják, hogy szinte minden hajléktalan küzd egészségi problémával és kiemelkedően rossz a fogászati státuszuk. Az 1997. évi LXXX. törvény (továbbiakban Tbj.) értelmében egészségügyi szolgáltatásra jogosultak a hajléktalanok, melyet kétféleképpen bizonyíthatnak [19]. Mint szociálisan rászoruló személy a helyi önkormányzattól igényelheti a hajléktalan az egészségbiztosítást, melynek pontos feltételeiről az önkormányzat szociális osztályán érdemes érdeklődni. Az így megszerzett jogosítvány egy évre szól. Ellenben akik csak tartózkodási hellyel vagy üres lakcímkártyával rendelkeznek, nem jogosultak a szociális alapú állami egészségügyi ellátásra. Hajléktalanság alapján történő jogosultságot, az ellátó intézmény biztosítja. Az intézmény lehet az un. nappali melegedő, átmeneti szállás, hajléktalanok otthona vagy rehabilitációs intézmény. Az intézmény vezetője köteles az egészségbiztosítóhoz bejelenteni a hajléktalant. Az így megszerzett jogosultság maximum 6 hónapig érvényes [42] [11].

Az 43/1993 (III. 3.) Kormányrendelet 10.§-a értelmében a NEAK a fővárosban legfeljebb öt, megyeszékhelyenként egy hajléktalanok ellátására

---

<sup>67</sup> Kínzás és Embertelen vagy Megalázó Bánásmód vagy Büntetés Megelőzésére létrehozott Európai Bizottság (CPT)

létrehozott, területi ellátási kötelezettséget nélküli háziorvosi szolgálat finanszírozására köthet szerződést. Hajléktalanok ellátására Budapesten létrehozott intézmények: Hajléktalanokért Közalapítvány, Oltalom Karitatív Egyesület Hajléktalanokért Közalapítvány, BMSZKI orvosi krízisszolgálat, Árpádházi Szent Erzsébet fogászati rendelő, BMSZKI Fogászat. Az ellátás mozgó orvosi szolgálattal egészül ki [22]. Az egészségügyi ellátása során az Eütv.-ben megfogalmazott betegjogok a hajléktalanokat is megilleti. Kezelésüket visszautasítani csupán hajléktalanságukra hivatkozva jogellenes [28].

## 4. Fogyatékkal élők

Az Egyesült Nemzetek keretében 2006. december 13-án, New Yorkban elfogadott, a Fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetése 2007. évi XCII. törvénnyel került sor Magyarországon. Az egyezmény első cikke definiálja a fogyatékos személyeket, illetve az egyezmény célját. Az egyezmény célja, hogy előremozdítsa, védje és biztosítsa valamennyi emberi jog és alapvető szabadság teljes és egyenlő gyakorlását valamennyi fogyatékkal élő számára [13].

A 2013. évi LXII. törvény 1. §-a kibővítette a fogyatékos személy definícióját miszerint: *„Fogyatékos személy: az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással – illetve ezek bármilyen halmozódásával – él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja.”* [17] E törvény egyes fogyatékoság definíciójára nem terjed ki, csupán az előbb említett általános definíciót tartalmazza. 141/2000. (VIII.9.) Kormányrendelet 1. számú melléklete részletesen megfogalmazza, hogy ki tekinthető súlyos látási, hallási, mozgásszervi, értelmi fogyatékosággal élő személynek, ki autista illetve ki él kromoszóma rendellenességgel [2].

Az Országos Fogyatékosügy Program alapját az esélyegyenlőség biztosítása képi, amely a fogyatékkal élők jogvédelmében is meghatározó szerepet játszik. *„A társadalom valamennyi területén érvényesítendő elvek: fogyatékos személyt nem érhet hátrányos megkülönböztetés, nem részesülhet ránéző sérelmes elbírálásban, kirekesztésben, fogyatékosága miatt nem lehet korlátozott a más emberek számára elérhető közjavakhoz való hozzáférés.”* [34]

Az 1998. évi XXVI. törvény (továbbiakban: Fot.) 12.§-a az Eütv.-vel összhangban megfogalmazza, hogy a fogyatékos személyek egészségügyi ellátása során figyelemmel kell lenni a fogyatékoságból adódó szükségletekre. Generikus célként fogalmazza meg, hogy a fogyatékos személy számára biztosítani kell az állapota javításához, az állapotromlás megelőzéséhez szükséges rendszeres és hatékony egészségügyi ellátást [8].

A fogyatékos emberek esetén az akadályt nem csupán a fizikai környezet akadályai jelentenek, hanem az információs, kommunikációs korlátok, a közlekedés igénybevételének nehézségei, a tájékozódási nehézség, a közintézmények megközelítési problémái, sőt szélesebb értelemben a társadalomba való integrálódás is. A Fot. értelmében törekedni kell a teljes körű akadálymentesítésre, ezzel megteremtve az egyenjogúság feltételét. Kifejezetten nagy hangsúlyt fektet a kommunikációs korlátok leküzdésére, hiszen hátrányt szenvednek el az ép emberekkel szemben, ha nincs elegendő információjuk a helyes döntés meghozatalához. A tájékoztatáshoz való betegjog részletes tárgyalása során külön kitértünk a siket-néma személyeket megillető speciális egyénre szabott tájékoztatási lehetőségekre. A fogyatékkal élő személyek állapotukból adódóan fokozott sérülékenységgel jellemezhetők. Ennek kiküszöbölése érdekében az orvos-beteg közötti bizalmi kapcsolat kiépítése nélkülözhetetlen bármely egészségügyi ellátás során. A látási fogyatékosággal élők esetében különösen nagy szerepe van a beszédnek, melynek tartalmi része, illetve hangneme, hangvétele és hangsúlyozása egyaránt jelentős információt hordoz magában. Mozgásszervi fogyatékkal élők esetében a fogorvosi ellátás fizikai környezetének akadálymentesítésében az egészségügyi dolgozóknak jókora szerepük van. Az értelmi fogyatékkal élők fogászati kezelése speciális körülményeket igényel, hiszen a beavatkozások az esetek jelentős részében csak narkózisban végezhetőek. A mindennapi fogorvosi ellátó helyeken általában nincs lehetőség az altatásra. A fogyatékkal élők speciális fogászati ellátására hazánkban jelenleg hat intézmény rendelkezik jogosítvánnyal, mely közül három a fővárosban és három vidéken található. Ezen intézmények: Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Pécsi Tudományegyetem Fogászati és Szájsebészeti Klinika, SZTE Fogászati és Szájsebészeti Klinika, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Bethesda Gyermekkorház, Heim Pál Gyermekkorház. Éber szedálásban vagy az általános anesztézia

valamelyik formájában végzett fogászati beavatkozás során, minden esetben írásos beleegyezés szükséges a kezelésbe, az általánosan szükséges ráutaló magatartás, illetve szóbeli beleegyezésen túl [37].

## **5. Pszichoaktív szer befolyása alatt álló betegek**

Pszichoaktív szerek azok a természetes vagy mesterséges anyagok, amelyek az élő szervezetbe kerülve a központi idegrendszerre hatva megváltoztatják annak működését, illetve hiányuk elvonási tünetekkel jár. Csoportosíthatók például a központi idegrendszeri hatásuk alapján, így megkülönböztethetünk a pszichostimulánsokat, központi idegrendszeri depresszánsokat, hallucinogéneket. Pszichoaktív szerként tartják számon például az alkoholt, a nikotint, a koffeint, a heroint, a kokaint illetve az ecstasyt [33]. Jogilag legális és illegális szereket különböztetünk meg.

A dohánytermékek fogyasztásának leggyakoribb módja a cigarettázás, illetve a pipázás. A dohánytermékek hatóanyaga a nikotin, mely adrenalin szerű hatással rendelkezik. Fogeltávolítás szempontjából a szövődmények kialakulását illetően jelent nagyobb kockázatot a dohányzás. Dohányzó személyre a fogeltávolítást követően lassabb sebgyógyulás jellemző, ami a nikotin hatásán túl, a sebgyógyulás során keletkezett koagulum szívogatására vezethető vissza. A fogeltávolítást követő fogorvosi utasítások közé tartozik, hogy 3–4 napig a dohányzás kerülendő, melynek betartása komoly problémát jelent a dohányosok esetében [27].

Az alkoholfogyasztás például véráramlást fokozó, vérnyomásnövelő hatása, illetve immunszuppresszáns hatása révén jelent fokozott rizikót fogeltávolítást követő szövődmények kialakulását illetően. Ebből adódóan a dohányzás mellett, többek között kerülendő az alkohol fogyasztása 3–4 napig fogeltávolítás után, melynek betartása szintén nagy problémát jelent, elsősorban alkoholisták körében.

Kábítószer illetve alkohol befolyása alatt álló személy fogeltávolításának elhalasztása, akut esetek kivételével, indokolt. Ezen szerek befolyása alatt álló személy pszichés állapota illetve aktuális egészségügyi állapota nem teszi lehetővé a fogeltávolító kezelést.



## 6. Várandósok

A várandósok szájsebészeti illetve fogászati ellátását nagymértékben befolyásolja, hogy a kismama a terhesség melyik periódusában van. Első trimeszterben amennyiben lehetséges a fogászati kezelést halasztani kell. Akut panasz esetén helyi anesztéziát alkalmazva elvégezhető a fogászati kezelés. A kismama és a születendő gyermek egészsége szempontjából a terhesség második trimesztere teszi lehetővé, hogy eltávolítsuk a rossz fogakat, gyökereket illetve egyéb fogászati kezelést elvégezzünk. A harmadik trimeszterben lehetőleg tartózkodni kell a fogászati beavatkozástól, nehogy a kezelés okozta stressz folyamata beindítsa a szülést. A fogeltávolításhoz esetlegesen szükséges röntgenfelvétel a terhesség első trimesztere kivételével biztonságosan elvégezhető megfelelő indikáció és az ALARA elvének betartása esetén [31].

## 7. Fertőző betegek

A fogászati járóbeteg-ellátás a fertőzési veszély szempontjából kritikus egészségügyi ellátási terület közé tartozik, melyet számos irodalmi adat bizonyít. Az ellátás során felmerülő fertőzések az infekciókontroll révén kiküszöbölhetők, melynek érvényesítése a szolgáltató feladata. Rizikópáciensnek minősülnek a fertőző betegek, akik a fogászati kezelés során fertőző betegség kórokozóját ürítik, emiatt a kórokozó átadásának kockázata, a fertőzés kialakulásának veszélye nagyobb. Számos kórokozó szerepet játszhat fogászati fertőzés kialakulásában. A fertőzés kialakulása három úton történhet: kontaktus útján, légúti terjedés révén, illetve cseppfertőzéssel [30]. *„A fogászati kezelés az ún. exposure prone beavatkozások közé tartozik, azaz a vér és testváladék útján terjedő kórokozók (HBV, HCV, HIV) által okozott fertőzések kockázata nagy.”* [29]

Fertőző beteg ellátásának visszautasítása fertőző betegségére hivatkozva nem jogszerű [28].

Fertőző beteg esetén nagy hangsúlyt kell fektetni az anamnézisre, melynek során a beteg kötelezettsége tájékoztatni a fogorvost fertőző betegségről a tudásának megfelelő mértékig. A személyes adatok törvényes védelmét felülírja az 1/2014 (I.16.) EMMI rendeletében részletesen szabályozott fertőző betegség jelentési kötelezettség keretében a fertőzéssel

potenciálisan érintett más személyek megnevezési kötelezettsége. Ennek értelmében a fertőző beteg köteles megnevezni azt, kitől kaphatta el és kinek adhatta tovább a fertőzést. További kötelessége, hogy az ellátó személyzet tudomására kell hozni minden, az ellátás szempontjából lényeges korábbi nyilatkozatot, rendelkezést [1].

Fertőző pácienseket csak megfelelő védőruha használata mellett fogorvos kezelhet lehetőleg egyszer használatos eszközökkel. Hosszú ujjú védőruhát, kesztyűt, hajhálót, illetve a szem- és arcvédelme érdekében védőszemüveget, arcvédőt és maszkot kell használni fertőző beteg ellátása során. Nem szabad elfelejteni, hogy a fogászati kezelést igénybe vevő valamennyi páciens potenciálisan fertőzőnek kell tekinteni [29].

## 8. Pszichiátriai kezelés alatt álló betegek

Az Eütv. X. fejezetében olvasható a pszichiátriai beteg definíciója, miszerint pszichiátriai beteg „*Az a beteg, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00-F99), illetve szándékos önártalom (X60-X84) diagnózisát állítja fel*”. [28] Az Eütv. illetve más jogszabály elsősorban a pszichiátriai beteg pszichiátriai kezelésére vonatkozó rendeleteket tartalmazza. Néhány paragrafus tartalmaz olyan speciális jogokat, amelyek általánosan, így a fogorvosi kezelés alatt is, megilleti a pszichiátriai kezelés alatt álló páciens. Ilyen például, hogy a pszichiátriai beteg személyiségi jogait az egészségügyi ellátás során fokozott védelemben kell részesíteni. Az Eütv. 192.§-a értelmében a pszichiátriai beteg személyes szabadságának korlátozása csak a veszélyeztető vagy a közvetlen veszélyeztető magatartású beteg esetén lehetséges, a korlátozás csak a veszély elhárításához szükséges ideig tarthat. A betegjogok korlátozása esetén a betegjogi képviselőt és a beteg törvényes vagy meghatározott képviselőjét haladéktalanul értesíteni kell. A pszichiátriai kezelés alatt álló beteget a bíróság mentális zavarára hivatkozva cselekvőképtelennek, illetve részlegesen korlátozott cselekvőképességűnek nyilváníthatja, ennek megfelelően részeges vagy teljes gondnokság alá helyezheti. A beteg kooperációjának hiányában a fogeltávolítást éber szedálásban vagy általános anesztéziában kell elvégezni. A gondviselő írásos beleegyezése szükséges az ellátáshoz.

## Az eltávolított fog

A fogeltávolítást követően, gyakran felmerül a kérdés, hogy az eltávolított fogat a páciens hazaviheti e. Tisztázni kell a „dolog” fogalmát. *„Dolognak minősül minden testi tárgy, ami személy uralma alá hajtható.”* [40]

Az emberi test felett a cselekvőképes személy rendelkezik, mely jogilag nyilvánvalóan nem minősül dolognak. A személyhez fűződő jogok az emberi test integritását, annak épségét védik. Az elválasztott testrész, kihúzott fog, már nem része a beteg személyiségének, így a személyiségi jogvédelem nem illeti meg, tulajdonképpen birtokba vehető testi tárgynak, dolognak minősül. A fog eltávolításával annak a személynek a tulajdonában lévő dologgá lesz, akiből azt eltávolították. Az elválasztás után a személyi jogok továbbhatása, az ily módon vagyoni forgalomba kerülő javak használatának korlátozása szempontjából célszerű. Ennek értelmében a kihúzott fog dolognak tekinthető, korlátok között birtokolható, de személyiségi jogi oltalom is vonatkozhat rá. A fogról „tulajdonos”, tehát akiből eltávolították, nem rendelkezhet szabadon. A rendelkezés jogát közjogi és a szerződési jogi szabályok korlátozzák. Szerződési jogi szabályok körébe leginkább a nyilvánvalóan jó erkölcsbe ütköző szerződések tilalma tartozik. Az eltávolított fog felhasználása, csupán abban az esetben jogszerű, ha az nem sérti azon személy személyi jogát, akiből a fog származik, illetve a rendelkezési jognak megfelelően, korlátozásoknak eleget téve történik. Ezek alapján egyértelműen kijelenthető, hogy a napjainkban divatba jött emberi fogakkal díszített cipők, nyakláncok, kiegészítők illetve bármiféle tárgyak kereskedelmi, hasznoszerzési célból történő kereskedelmi, hasznoszerzési célból történő árusítása jogellenes.

A beteg által a rendelőben hagyott fog uratlanná vált dolognak minősül vagy tulajdon-átruházással kerülhet az egészségügyi szolgáltató tulajdonába. Amennyiben a páciens nem nyilatkozik másképp, akkor ráutaló magatartással beleegyeznek abba, hogy a kihúzott fogával a „szokásos szakmai rend szerint” járjon el az orvos. Az eltávolított fogból nem készül szövetten, illetve a fog megsemmisítéséhez nem szükséges a páciens beleegyezése [3] [28]. A fogra vonatkozó személyi jogi oltalom értelmében megilleti az eltemettetéshez való jog, illetve kegyeleti jog. A gyakorlatban a sejteket, szövetmaradványokat szokás szerint, gyakran a veszélyes hulladékkal együtt elégetik. Szerveket, emberi maradványokat az egészségügyi intézmények

ügynevezett gratis-ládákban a temetőbe küldik. Ahol hamvasztásos vagy anélküli temetés történik, erre a célra kijelölt területen, közös sírba [9]. Jogellenes az a leginkább magánpraxisban alkalmazott gyakorlat, amely során az eltávolított fog kommunális hulladékba kerül.

Amennyiben nem tart igényt a páciens a fogra, illetve nem kerül megsemmisítésre, annak egyéb kutatási, oktatási célú felhasználásáról az Eütv. ellentmondásosan rendelkezik. Az Eütv. 19. §-a szerint írásos beleegyezésre lenne szükség, míg a 210/A. §-a értelmében felhasználhatósághoz a tiltakozás hiánya elegendő [28].

## Összefoglalás

Egyértelműen kijelenthető, hogy a fogeltávolítás, csak úgy, mint más egészségügyi beavatkozás összetett jogi háttérrel rendelkezik. A fogászati beavatkozás szakmai bonyolítása a jogi háttér komplexitásának növekedésével jár. Például plusz jogi kérdéseket vet az implantáció, melyet még tovább lehet fokozni szakmailag (pl.: csontpótlás) és ezzel együtt jogi háttér is tovább bonyolódik.

## Irodalomjegyzék

- [1] *1/2014 (I.16.) Emberi Erőforrások Minisztériuma a fertőző betegségek jelentésének rendjéről.*
- [2] *141/2000. (VIII. 9.) Korm. rendelet a súlyos fogyatékoság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékosági támogatás folyósításának szabályairól.*
- [3] *18/1998 EüM rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre, valamint -tárolásra és egyes kórszöveteti vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról, 1998.*
- [4] *18/1998. (VI. 3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről.*
- [5] *1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásról.*
- [6] *1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről.*

- [7] 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről.
- [8] 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.
- [9] 1999. évi XLIII. törvény a temetőkről és a temetkezésről.
- [10] 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről.
- [11] 2006. évi CXXI. törvény a Magyar Köztársaság 2007. évi költségvetését megalapozó egyes törvények módosításáról.
- [12] 2006. évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról.
- [13] 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékos-sággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az abhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről.
- [14] 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről.
- [15] 2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről.
- [16] 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról.
- [17] 2013. évi LXII. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény módosításáról
- [18] 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről.
- [19] 40/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet az egészségügyi tevékenység végzéséhez szükséges egészségi alkalmasság vizsgálatáról és minősítéséről.
- [20] 428/2001. számú polgári elvi határozat.
- [21] 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.
- [22] 43/2003. (VII.29.) Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium rendelet a gyógyintézet működési rendjéről, illetve szakmai vezetői területéről.
- [23] 47/2004. (V.11.) Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről

- [24] 52/2006. (XII. 28.) *Eügeszségügyi Miniszterium rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról.*
- [25] 60/2003. (X. 20.) *ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.*
- [26] *A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe*, 2012.
- [27] ÁDÁNY Róza (2011): *Megelőző orvostan és népegészségtan*, Debrecen,
- [28] *Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény.*
- [29] Dr. BÖRÖCZ Karolina osztályvezető főorvos (OEK), dr. GORZÓ István egyetemi docens, tanszékvezető, dr. MELLES Márta főigazgató főorvos (OEK) , dr. MILASSIN Márta főtanácsos (OEK), dr. PECHÓ Zoltán osztályvezető (OEK) és dr. SZILÁGYI Emese epidemiológus (OEK) (2003), „Infekciókontroll a fogászaton,” *Épinfo*, 10. évfolyam 5. különszám.
- [30] Dr. GYÓRFI Adrienne, Dr. FAZEKAS Árpád (2007): „Az infekciókontroll jelentősége a fogászatban,” *Fogorvosi szemle*, pp. 141–152, 4. sz. 100. évf
- [31] Dr. KIVOVICS Péter (2014): „Állásfoglalás várandós kismamák fogászati és szájsebészeti ellátásának javasolt lehetőségeiről,” 22. 08. 2014. [Online]. Elérhető:  
<http://semmelweis.hu/fszoi/files/2014/08/Állásfoglalás-várandós-kismamák-fogászati-és-szájsebészeti-ellátásáról-2014.pdf> [Hozzáférés dátuma: 17. 01. 2019.]
- [32] Dr. SZALMA József és dr. JOÓB-FANCSALY Árpád (2015): „A vérzékeny betegek fogorvosi ellátása,” in: *A Magyar Arc-, Állcsont és Szájsebészeti Társaság és a Magyar Fogorvosok Implantológiai Társaságának ajánlásával.*
- [33] GYIRES Klára, FÜRST Zsuzsanna, FERDINANDY Péter (2016): *Farmakológia és klinikai farmakológia*, Budapest, Medicina Kiadó
- [34] *H/18907. számú országgyűlési határozati javaslat az új Országos Fogyatékosügyi Programról*, 2005.

- [35] Kínzást és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmódot Vagy Büntetést Megelőzni Hivatott Európai Bizottság, „Egészségügyi ellátás a börtönökben,” (1993).
- [36] *Magyarország Alaptörvénye*, 2011. április 25.
- [37] Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ,( 2015.) A fogászati ellátásról, Budapest,
- [38] Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ,( 2015.) *Komplex jogvédelmi oktatás, Alapozó modul*, Budapest,
- [39] Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ, (2015.) *Komplex jogvédelmi oktatás, Betegjogi modul*, Budapest,
- [40] *Polgári Törvényről szóló 2013. évi V. törvény*
- [41] SÓTONYI Péter (2011): *Igazságügyi orvostan*, Budapest: Semmelweis Kiadó
- [42] „*Utcajogász*”, 07. 11. 2015. [Online]. Elérhető:  
[https://utcajogasz.blog.hu/2015/11/07/utmutato\\_hajlektalan\\_embereknek\\_az\\_egeszseguyi\\_ellatasokhoz](https://utcajogasz.blog.hu/2015/11/07/utmutato_hajlektalan_embereknek_az_egeszseguyi_ellatasokhoz). [Hozzáférés dátuma: 17. 01. 2019.]

## 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 Alfrédnek – 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 kíséreeivel, 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 életlen 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, az 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 kibúvája indokolt lett volna, de rögzítenem 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 ólomképeny 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 oroantralis átjárás megszüntetése, vagy a progresszív betegellátás szellemében a szakintézetbe küldés. A kettő közül valamelyik megoldást választani kell. Harmadik út nincs!

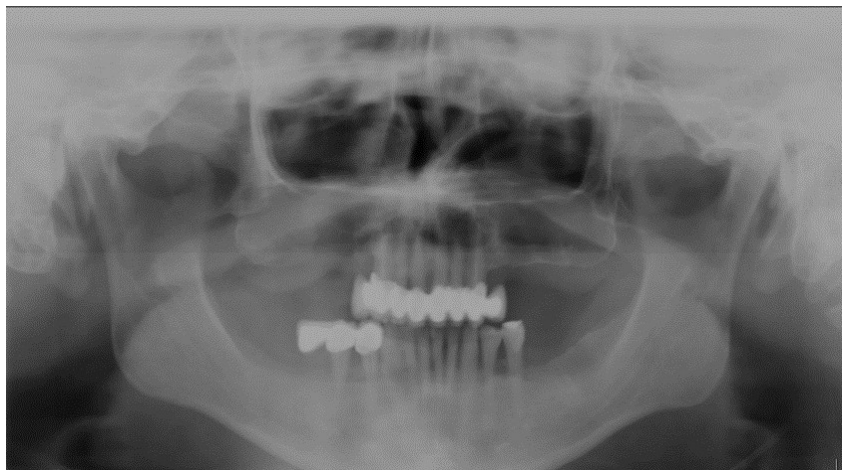


Esetünkben a fogorvos eltávolította a páciens jobb felső hatos fogát. Az eltávolítás során az arcüreg bazális fala átszakadt, de a definitív ellátásra nem került sor. A bekövetkező arcüreggyulladás radikális műtéti ellátást (Luc-Caldwell műtétet) kívánt meg.

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 szólni 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 egészséghez 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 arcüreggyulladásra meggyógyult, szájjüregre alkalmas az eredetileg tervezett fogászati híd felbevezetésére, csontpótlásra a felperes anyagi eszközei híján nem került sor. Kiemelte: a felperes egészségromlása nem bizonyított, egyéb, 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 kottyán”. 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 albrélgővel, 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 szájnyalakabártya 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 szájsebészeti 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 szájnívítás. Baloldalon, az arca nyálkabártyáján felszínes hámsérülések láthatóak. Egyebekben ép intraorális nyálkabártya. 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 szájsebészeti 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-, állcsontsebészeti és Szájsebészeti 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 ...”



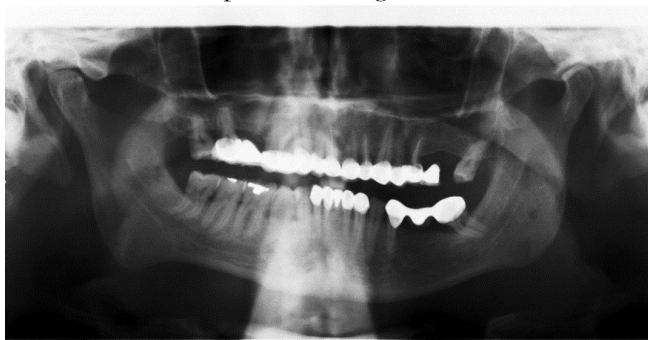
A sérült – szófogadó ember lévén, vagy csak azért, mert nagyon dokumentálni akarta sérüléseit - az orvosi utasításnak megfelelően felkereste fogorvosát. 20XX. 09. 20-ai dátumozással rendelkezésre áll Dr. Sz. V. fogszakorvos által kiállított „Szakvélemény” címet viselő dokumentum:

*„... A trauma következtében radiológiai vizsgálat alapján a 24 fog elírt. 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 foggyáának 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 „hátnál” 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 normálistól 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 megszűkadhat, sérülhet és vérezhet is. Nagy valószínűséggel kizárható, hogy a sértettet a csipesz éles részével érte volna ütés, mert akkor nagyobb, kifejezett és határozott sebszerű 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, aracsonttörés, 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 gyógyulók. 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 rágásfunkcióskárosodás, 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 fogágybetegsége, 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!

# 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 tárgyát.” 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 szájsebészeti 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 szájsebészeti, 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.

