

ДЕКЛАРАЦИЯ

за

информирано съгласие на пациента относно осъществяването на диагностична или лечебна дейност и свързаните с това рискове

Аз, долуподписаният.....

ЛК №..... издадена наот.....

Адрес: гр..... ж.к..... №.....

Тел.№..... GSM.....

ДЕКЛАРИРАМ

Запознат съм от д-р..... със състоянието на дъвкателния ми апарат и необходимите за неговата рехабилитация лечебни мероприятия както следва:

1. Диагноза.....

2. Лечебен план.....

3. Разумни алтернативи на описания по-горе лечебен план:

4. Прогноза:

а/очаквани подобрения при осъществяването на лечебния план:

б/предвидими последици от осъществяването на алтернативите на лечебния план.....

в/последици от неосъществяването на лечебния план

5. Често срещани рискове:.....

6. Рядко срещани рискове, които са с особена тежест и могат да съпътствуват лечебни мероприятия.....

7. Персонални рискове с оглед общото здравословно състояние.....

След като се запознах подробно с дадената ми от д-р..... информация, свързана с предлаганите от него лечебни мероприятия, давам съгласието си за провеждане на следното лечение:

а/.....

б/.....

в/.....

г/.....

д/.....

Дата.....

Декларатор:

/подпис/