

СЪГЛАСИЕ ЗА КОРЕНОВО ЛЕЧЕНИЕ

Аз.....

(с печатни букви)

....., с настоящето упълномощавам лекаря по дентална медицина

Д-р

(Име, фамилия / име на лечебното заведение)

Да извърши кореново лечение на следния(те) зъб(и):

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

Същността и целите на кореновото лечение, както и възможни други алтернативни методи за лечение ми бяха разяснени и аз напълно ги разбирам. Осъзнавам, че по време на лечението може да имам периоди на дискомфорт.

Също така осъзнавам, че много фактори допринасят за успеха на кореновото лечение и те не могат да бъдат определени предварително. Поради това в някои случаи лечението може да бъде прекъснато преди да бъде довършено, и/или може да попречи на следващо лечение. Някои от факторите, които влияят са: устойчивостта ми на инфекции, разположението и формата на каналите и др.

Бях информиран, че при необходимост от прекъсване или прекратяване на лечението, може да бъде необходимо да бъдат проведени други процедури за запазването на зъба или той да бъде изваден.

Осъзнавам, че по време на настоящето лечение е мое задължение да се свързва с офиса / кабинета на лекаря по дентална медицина в случай на възникнали допълнителни въпроси или неочаквани реакции.

Признавам, че не са ми били дадени никакви гаранции от които да е по отношение на резултатите, които могат да бъдат постигнати.

Обсъдих цялата горепосочена информация с моя лекар по дентална медицина. Беше ми отговорено на всички въпроси.

Бях посъветван, че поставянето на корона може да (ще) бъде необходимо, за да се осигури максимална защита на зъба след проведеното кореново лечение. Бях информиран, че поставянето на корона(и) е отделна денталната операция, която не е част от настоящето лечение и не е включена в цената на лечението.

Подпис на пациента / Родителя /Настойника

Дата :

Подпис на лекар по дентална медицина

Дата :