



ORTHOS-DENT
CARE /
quality care / confident smile

ДЕКЛАРАЦИЯ

за

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

Аз, долуподписаният.....

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

Разумни алтернативи на описания по-горе лечебен план:

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

Последици от неосъществяването на лечебния план

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

3. Рискове- при провеждане на горепосоченото лечение е възможна появата временни
симптоми – оток, болка, дренаж(изтичане на секрет), висока температура,
скованост/вдървеност на челюстите и/или лицевите мускули
4. Персонални рискове с оглед общото здравословно състояние.....
.....
.....
.....



ORTHOS-DENT
CARE
quality care / confident smile

Има рискове при приложението на анестетици, аналгетици (обезболяващи средства) и антибиотици. Аз ще информирам денталния лекар за всички странични ефекти и/или алергични реакции, които съм имал преди.

Забележка: Антибиотиците могат да намалят ефективността на оралните противозачатъчни средства (орални контрацептиви). Трябва да бъдат използвани допълнителни средства за контрацепция, докато трае приемът на антибиотици.

Прочетох и разбрах написаното в тази декларация, а също така ми бе отговорено на всички допълнителни въпроси, които зададох.

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 лечение

Дата.....

Декларатор:

/подпис/