



ORTHOS-DENT
CARE /
quality care / confident smile

ДЕКЛАРАЦИЯ

С настоящата декларация долуподписаният /та

.....
/три имена и егн/

В ролята си на родител/настойник на

.....
/три имена и егн/

Декларирам, че съм съгласен да ми бъде поставена упойка / местен анестетик / за обезболяване по време на :

- екстракция на
- кореноволечение.....
- друго.....
-

Запознат съм с възможните рискове при приложение на анестетици и аналгетици (обезболяващи средства) и антибиотици – усложнения от общ характер, като хипертонична криза (резки промени в кръвното налягане), синкопални състояния (кратка загуба на съзнание), алергични реакции(бурни реакции на свръхчувствителност на организма).

Информирал/а/ съм денталния си лекар за всички странични ефекти и/или алергични реакции, които съм имал преди. Информирал/а/ съм лекуващия стоматолог за общи и хронични заболявания , налични преди започване, по време на и след завършване на денталното лечение.

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

Дата.....

Декларатор
/подпис/