



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S ENDODONTICKÝM OŠETŘENÍM ZUBU

Provádějící lékař Stomatolog Denis Kirichenko | Vítězná 1573, 274 01 Slaný, IČZ 223 09 001 | dle z.č. 372/2011Sb., ust. § 8 odst. 6z

PACIENT:

Příjmení:

Jméno:

Rodné číslo:

Ošetřující lékař mne v rozhovoru podrobně informoval o plánovaném výkonu i o možném nezbytném rozšíření výkonu. Bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit a měl/a jsem také možnost se zeptat na vše, co považuji za podstatné k provedení kořenové výplně. Považuji mé poučení za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s plánovaným výkonem tak, jak mi byl navržen.

Přeji si lokální anestezii

Ano

Ne

Rozsah ošetření

87654321	12345678
87654321	12345678

Kalkulace a zvolený materiál

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

V Slaném

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Nesouhlas pacienta

Popodrobném vysvětlení a objasnění byl navrhovaný výkon pacientem odmítnut. Pacient byl informován o možných nepříznivých následcích, které z toho mohou vyplynout, včetně možného zhoršení zdravotního stavu.

V Slaném

Podpis pacienta (zákonného zástupce)