

SOUHLAS PACIENTA SE ZHOTOVENÍM ZUBNÍ VÝPLNĚ, KOŘENOVÉ NÁSTAVBY, ZUBNÍ KORUNKY

Provádějící lékař MUDr. Michal Mašek (Tachovská 609/8, Praha 16 – Radotín, IČZ 05 678 001)

Jméno pacienta Rodné číslo Pojišťovna

MUDr. Michal Mašek mne v rozhovoru podrobně informoval o výplňových materiálech a léčebném postupu i o možném nezbytném rozšíření výkonu. Bylo mi umožněno si vše řádně rozvážit a měl/a jsem také možnost se zeptat na vše, co považuji za podstatné.

Pro zubní výplň si přeji použít tento materiál **dozvaný** **skloionomer** **fotokompozit (kompomer)** **inlay**

Pro zubní korunku si přeji použít tento materiál **celokeramická** **metalokeramická** **fasetovaná**
kompozitní plast **kovová** **pryskyřičná**

Přeji si lokální anestezii **Ano** **Ne**

Rozsah ošetření

87654321	12345678
87654321	12345678

Kalkulace a zvolený materiál

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

Považuji mé poučení za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s plánovaným výkonem tak, jak mi byl navržen.
V případě nutnosti souhlasím i s nutným rozšířením výkonu, v případě potřeby i s podáním nezbytné transfuze.

Datum

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Nesouhlas pacienta

Po podrobném 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.

Datum

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

