

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

Provádějící lékař MDDr. Kateřina Potůčková (Tachovská 609/8, Praha 16 – Radotín, IČZ 05 789 001)

Jméno pacienta ..... Rodné číslo ..... Pojišťovna .....

MDDr. Kateřina Potůčková 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    **dozovaný**    **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) .....

