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

Provádějící lékař MUDr. Tomáš Přichystal (Tachovská 609/8, Praha 16 – Radotín, IČZ 05 634 001)

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

MUDr. Tomáš Přichystal 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 poučeni 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)* .....