SOUHLAS PACIENTA S ENDODONTICKÝM OŠETŘENÍM ZUBU

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

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

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

.....

.....

.....

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) .....