



..... /...../20.....

Προς

Τ_____ οδοντίατρο

ΕΝΤΟΛΗ

ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Όνομα Πατρός: _____ Όνομα μητρός: _____

Ηλικία: _____

Διεύθυνση κατοικίας: _____

Στοιχεία επικοινωνίας :

τηλ.: _____

e-mail: _____

Μετά από εξέτάσή μου (κλινική / ακτινογραφική) ενημερώθηκα για την κατάσταση της στοματικής μου υγείας, τις δυνατότητες αντιμετώπισης των οδοντικών μου προβλημάτων, τα προληπτικά και θεραπευτικά μέτρα, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε θεραπευτικής επιλογής, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, το κόστος και την ανάγκη επανεξέτασής μου σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Κατόπιν αυτών, συναινώ στην εκτέλεση των παρακάτω οδοντιατρικών πράξεων και σας δίνω τη σχετική εντολή για τη διενέργειά τους, αντί της έναντι κάθε μιας πράξης συμφωνηθείσας αμοιβής (εργασίες και υλικά).

A. ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ (κατά δήλωση του ασθενή)

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

B. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

Γ. ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ – ΚΟΣΤΟΣ / ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ

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

Δ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

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

Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

Ο/Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ