



Προς τον οδοντίατρο

.....

.....

(Τόπος, Ημερομηνία)

.....

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

Επώνυμο..... Όνομα.....

Όνομα πατρός..... Ηλικία..... Φύλλο.....

Διεύθυνση..... Τηλ.....

Επάγγελμα..... Email.....

Μετά την εξέταση και την πλήρη ενημέρωσή μου για την εν γένει κατάσταση της στοματικής μου υγείας, της προτεινόμενης θεραπείας αντιμετώπισης του προβλήματός μου, τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τις συνέπειες κάθε θεραπείας, τους τυχόν κινδύνους και τα διάφορα προληπτικά και θεραπευτικά μέτρα, τον εκτιμώμενο χρόνο θεραπείας, το συνολικό κόστος, συναινώ και σας δίνω την εντολή να διενεργήσετε τις παρακάτω οδοντιατρικές πράξεις.

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Κατανοώ ότι, κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενδέχεται να προκύψει ανάγκη τροποποίησης της εάν αυτό επιβάλλεται από την πορεία της.

Την συναίνεση αυτή μπορώ να την ανακαλέσω, μερικά ή ολικά, με έγγραφη δήλωσή μου οποιαδήποτε στιγμή, τα δε αποτελέσματα της επέρχονται μετά τη λήψη από τον οδοντίατρο της σχετικής δήλωσης μου.

Ο ασθενής

.....

(Σε περίπτωση ανηλίκου κάτω των 16 ετών)

Ο ασκών τη γονική μέριμνα / επιμέλεια

Ονοματεπώνυμο - Υπογραφή