



СЪГЛАСИЕ ЗА КОРЕНОВО ЛЕЧЕНИЕ

Аз.....,
с настоящето упълномощавам денталния лекар от (името на лечебното заведение) да извърши кореново лечение на следния(те) зъб(и):

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

Същността и целите на кореновото лечение, както и възможни други алтернативни методи за лечение ми бяха разяснени и аз напълно ги разбирам. Осъзнавам, че по време на лечението може да имам периоди на дискомфорт.

Също така осъзнавам, че много фактори допринасят за успеха на кореновото лечение и те не могат да бъдат определени предварително. Поради това в някои случаи лечението може да бъде прекъснато преди да бъде довършено, и/или може да попречи на следващо лечение. Някои от факторите, които влияят са: устойчивостта ми на инфекции, разположението и формата на каналите и др.

Бях информиран, че при необходимост от прекъсване или прекратяване на лечението, може да бъде необходимо да бъдат проведени други процедури за запазването на зъба или той да бъде изваден.

Осъзнавам, че по време на настоящето лечение е мое зъдължение да се свържа с офиса на доктора в случай на възникнали допълнителни въпроси или неочаквани реакции.

Признавам, че не са ми били дадени никакви гаранции от който да е по отношение на резултатите, които могат да бъдат постигнати.

Обсъдих цялата горепосочена информация с моя дентален лекар. Беше ми отговорено на всички въпроси.

Бях посъветван, че поставянето на корона може да (ще) бъде необходимо, за да се осигури максимална защита на зъба след проведеното кореново лечение. Бях информиран, че поставянето на корона(и) е отделна дентална операция, която не е част от настоящето лечение и не е включена в цената на лечението. За изработването на корона е необходимо да допълнителна дентална помощ.

Подпис на пациента / Родителя / Настойника..... Дата.....

Подпис на Денталния лекар Дата.....

Подпис на свидетеля..... Дата.....