

ДЕКЛАРАЦИЯ

за

**информирано съгласие на пациента относно осъществяването на дентална
диагностична и лечебна дейност**

Долуподписаният/та.....

ЕГН/ID..... Телефон/e-mail за връзка:.....

Давам съгласието си д-р..... и всеки нужен асистент, да извърши предложената
ми хирургична интервенция:.....

Беше ми разяснено, че при всяка хирургична процедура съществуват рискове, като:

1. Подуване и/или хематоми в третираните зони.
2. Възможна постоперативна инфекция, изискваща допълнително лечение.
3. Постоперативно кървене.
4. Отхвърляне на присадката (при костна или мекотъканна аугментация).
5. Отхвърляне на импланта (при имплантация на алопластичен материал в твърдите или меките тъкани).

Повечето от процедурите са рутинни и не се очаква да са съпътствани със сериозни усложнения. По-често възникват леки компликации, които лесно се лекуват.

Заявявам, че прочетох и напълно разбирам смисъла на информацията, описана в този формуляр за информирано съгласие. Беше ми дадена възможност да задам всичките си въпроси, свързани с процедурата и твърдя, че получих изчерпателни отговори.

В качеството ми на пациент, съм информирал своя лекуващ дентален лекар д-р за всички мои придружаващи заболявания, алергии и други специфики (ако има такива), касаещи моето здраве и са ми известни към момента, като не съм затаил/а и/или изменил/а каквато и да е информация, която ми е известна и касае моето състояние и здраве.

Подпис на декларатор:

Подпис на лекар по дентална
медицина: