



Agident Service Kft.
Fogszakorvosi magánpraxis

1068. Budapest, Benczúr utca 1. fsz. 8.
Tel.: 06-1/343-1178 vagy 06-30/626-2924
Honlap: www.agident.hu E-mail: rendelo@agident.hu

NÉV..... SZÜLETÉSI IDŐ.....

TELEFONSZÁM..... TAJ.....

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

A mai napon a kezelési tervet meghallgattam és megértettem. Az esetleges kezelés alatti módosítások esélyéről is tudomásom van. A tájékoztatót a kezelés várható hatásairól, és esetleges mellékhatásairól tudomásul vettem. Tudomásul vettem továbbá, hogy a sikeres kezelés egyik alapfeltétele a megfelelő együttműködés. Ez jelenti a kezelési időpontok megtartását, az alapos szájápolást, továbbá a kiegészítő-kivehető eszközök előírás szerinti alkalmazását. Tudomásul veszem, hogy a visszarendelt kezeléseken való megjelenés elmaradása esetében, valamint a nem megfelelő együttműködés esetében, orvosom egyszeri szóbeli előzetes tájékoztatás után a teljes kezelést megszakíthatja.

Azt is tudomásul veszem, hogy a megbeszélt időpont be nem tartása és az előzetes értesítés elmaradása esetén a rendelő 5000 forint rendelkezésre állási díjat számol fel. Ha nem működöm együtt orvosommal /kiskorú gyermekem nem működik együtt orvosával, vagy megelégszem az elért eredménnyel, beleegyezésemet adom a kezelés befejezéséhez és a rögzített készülék idő előtti eltávolításához.

Páciens és szülő(gondviselő)hozzátartozó hozzájárul, és kifejezetten nem ellenzi, hogy a rendelőben, az orvosi titoktartás betartásával, dokumentációs, oktató vagy tudományos céllal, a kezelt Páciens arcáról, fogzatáról és testtartásáról, valamint a fogszabályozást befolyásoló rossz szokásáról fénykép- és videofelvétel készüljön.

Kijelentem, hogy eltitkolt betegségem nincs, egészségi állapotomról részletes tájékoztatást adtam kezelőorvosomnak, különös tekintettel, a fogászati anyagokkal szembeni allergiára. Ugyanakkor tudomásom van arról, hogy a kitűzött célok nem minden esetben valósíthatók meg maradéktalanul. Tudomásom van arról is, hogy az aktív kezelés után a fogak stabilizálódása érdekében szükség lesz helyfenntartó készülékek használatára, amelyek mellett rendszeresen fel kell keresni fogszabályzó orvosomat. Ezek elmulasztása esetén a kezelés eredménytelen lehet, vagy az elért állapot visszaalakulhat.

Minden oldalt figyelmesen elolvastam és megértettem a benne foglaltakat. A rám háruló feladatokat és költségeket vállalom. A kezelésbe beleegyezem.

Budapest, 20....év.....hó.....nap

.....
Páciens aláírása