

## NYILATKOZAT

Gyökérkezelésről, gyökértömésről

Széleskörű tájékoztatást kaptam a gyökérkezelésről, a gyökértömésről, annak kockázatairól, a gyökértömött fog végleges koronai helyreállításáról, a rá készíthető fogpótlás lehetőségeiről, a várható költségekről.

A gyökértömés a fogak megmentésére tett kísérlet, de annak sikeressége nem garantálható a gyökércsatornák anatómiai viszonyai és a kontrollálhatatlanság miatt, ezért garancia ezekre a fogakra nem vállalható.

Tudomásul veszem, hogy a gyökértömés után félévente röntgen kontroll felvétel szükséges.

A kezelés kockázatainak, a várható költségek ismeretében vállalom a gyökérkezelést és a gyökértömést, betartom a fogorvos utasításait.

Név: \_\_\_\_\_

Szül.idő: \_\_\_\_\_ Telefonszám: \_\_\_\_\_

Lakcím \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ kezelt \_\_\_\_\_ fog \_\_\_\_\_ száma,  
diagnózisa: \_\_\_\_\_

Gyökértömő \_\_\_\_\_ anyag  
neve: \_\_\_\_\_

Gyökértömés  
dátuma: \_\_\_\_\_

Fogorvos  
neve: \_\_\_\_\_

A fenti nyilatkozatot alaposan átolvastam, annak tartalmát megértettem.

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Páciens aláírása

Tanuk:

Név: \_\_\_\_\_

Név: \_\_\_\_\_