

VALERIANA LISSA s.r.o.

nám. B. Hrozného 19/26, Lysá nad Labem
drkozlik@valeriana.cz • recepcie@valeriana.cz

OBEČNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

Jméno a příjmení pacienta: _____

Datum narození: _____

Adresa: _____

Telefon / e-mail: _____

Předmět souhlasu

Byl(a) jsem ošetřujícím lékařem srozumitelně informován(a) o svém zdravotním stavu a o navrženém léčebném postupu. Byla mi vysvětlena povaha výkonu, jeho očekávaný přínos, možná rizika, omezení i alternativy, včetně možnosti navržený výkon nepodstoupit.

Popis navrženého výkonu / léčebného postupu

Důležité informace

- Součástí stomatologické péče mohou být podle potřeby klinické vyšetření, RTG diagnostika, lokální anestezie, konzervační, endodontické, protetické nebo chirurgické výkony a následné kontroly.
- Výsledek léčby závisí nejen na správném provedení výkonu, ale také na vstupním stavu chrupu a parodontu, anatomických poměrech, hojení, úrovni hygieny dutiny ústní a na dodržování doporučeného režimu ze strany pacienta.

Prohlášení pacienta

Měl(a) jsem možnost klást otázky a obdržel(a) jsem srozumitelné odpovědi. Poskytnutému vysvětlení rozumím a s navrženým výkonem souhlasím.

V Lysé nad Labem dne: _____

Podpis pacienta / zákonného zástupce: _____

Podpis lékaře: _____