

## VALERIANA LISSA s.r.o.

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

# SOUHLAS S DEFINITIVNÍ FIXACÍ PROTETICKÉ NÁHRADY

---

Jméno a příjmení pacienta: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon / e-mail: \_\_\_\_\_

### Předmět souhlasu

- Potvrzuji, že jsem byl(a) před definitivní fixací seznámen(a) s povahou zhotovené protetické náhrady a měl(a) jsem možnost posoudit zejména její tvar, rozsah, postavení zubů, barvu v rámci možností klinické a laboratorní výroby, funkci a celkový vzhled.

### Důležité informace

- Po definitivní fixaci již nelze mimo ústní dutinu provádět běžné laboratorní úpravy stejného rozsahu jako před fixací. Případné následné změny mohou vyžadovat novou práci.
- Dlouhodobá funkce a životnost protetické náhrady závisí mimo jiné na kvalitě domácí hygieny, pravidelných kontrolách, stavu pilířových zubů a parodontu, dodržování doporučeného režimu a omezení nadměrného přetěžování náhrady.
- Po fixaci může být po přechodnou dobu přítomen pocit tlaku, citlivosti nebo potřeba adaptačního období při skusu a řeči.

### Doplnění výkonu

Typ protetické práce: \_\_\_\_\_

Zuby / oblast: \_\_\_\_\_

Materiál: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_