IZJAVA

Ime i prezime: ..................................................................................................................................

Godina rođenja: ...............................................................................................................................

Adresa: .............................................................................................................................................

1. Pristajem na stomatološko lečenje i stomatološku intervenciju na sebi/svom detetu, kako mi je predloženo od strane doktora stomatologije.
2. Pristajem na anesteziju, za koju doktor stomatologije smatra da je neophodna predstojećoj intervenciji.
3. Upoznat/a sam sa činjenicom da uspeh zahvata zavisi od reakcije organizma, doktora stomatologije i vrste intervencije, ponašanja bolesnika neposredno pre, za vreme i posle intervencije.
4. Upoznat/a sam sa time da se završni rezultat i uspeh operacije/intervencije može proceniti šest meseci do godinu dana nakon intervencije.
5. Pristajem na fotografisanje i snimanje, radi medicinske dokumentacije.
6. Pristajem na upotrebu fotodokumentacije u medicinsko-naučne, stručne ili obrazovne svrhe, pri čemu široj javnosti neće biti otkriven identitet bolesnika.
7. Izjavljujem da sam od doktora stomatologije dobio/la sve željene informacije o intervenciji za koju sam se odlučio/la.
8. Potvrđujem da sam sve razumeo/la i da sam pri punoj svesti i svojevoljno potpisao/la ovu izjavu.
9. Plan terapije deo je medicinske dokumentacije bolesnika.

\*Za maloletne osobe saglasnost potpisuje roditelj/staratelj

Datum: Potpis bolesnika:

..................................................... .........................................................