

Temeljem članka 181. stavak 1. Kaznenog zakona ("NN", br. 125/11; 144/12; 25/15; 61/15.) pristajem da doktor dentalne medicine ordinacije Dentus perfectus d.o.o. u svojoj ordinaciji dentalne medicine u Zagrebu, Lastovska 12/a poduzima kirurške i druge medicinske zahvate na mome tijelu te u tu svrhu dajem slijedeću

IZJAVU

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

OIB: _____

Adresa: _____

- Pristajem na dentalno liječenje i dentalno protetski nadomjestak na meni/mojem djetetu, kako mi je predložio doktor dentalne medicine.
- Pristajem na anesteziju za koju doktor dentalne medicine smatra da je sukladan dogovorenom zahvatu.
- Upoznat/a sam s činjenicom da uspjeh zahvata ovisi o reakciji organizma, o doktoru dentalne medicine i vrsti zahvata, o ponašanju bolesnika neposredno prije, za vrijeme zahvata i nakon zahvata.
- Upoznat/a sam s time da se završni rezultat i učinak operacije/zahvata može ocijeniti šest mjeseci do godinu dana nakon zahvata.
- Pristajem na fotografiranje i snimanje, radi medicinske dokumentacije.
- Pristajem na uporabu fotodokumentacije u medicinsko-znanstvene, stručne ili obrazovne namjene, pri čemu široj javnosti neće biti otkriven identitet bolesnika.
- Izjavljujem da sam od doktora dentalne medicine dobio/la/ sve željene obavijesti o zahvat za koji sam se odlučio/a.
- Potvrđujem da sam sve razumio/jela te da sam pri punoj svijesti i svojevrijem potpisao/la ovu izjavu.
- Plan terapije dio je medicinske dokumentacije bolesnika.

(za maloljetne osobe suglasnost potpisuje roditelj/skrbnik)

Potpis bolesnika:

DATUM:
