

Stomatološka ordinacija Dentus perfectus d.o.o., direktor Vedran Šebečić, dr.med.dent.  
Temeljem članka 21. i članka 22. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, te članka 25. Zakona o  
stomatološkoj djelatnosti, pristajem na stomatološku terapiju, te u tu svrhu dajem slijedeću

## SUGLASNOST

Ime i prezime: \_\_\_\_\_  
Datum rođenja: \_\_\_\_\_  
OIB: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_

- Izjavljujem da sam od doktora dentalne medicine dobio/la sve obavijesti o značaju, domašaju i nužnosti zahvata i ostalih mjera liječenja, te sam s tim suglasan/a, kao i s proširenjem ili promjenom zahvata tijekom terapije ako se pokaže potrebnim.
- Obvezujem se pridržavati svih mjera održavanja oralne higijene koje su mi preporučene ili će biti preporučene tijekom i nakon terapije.
- Pristajem na fotografiranje i RTG snimanje, prije, tijekom i nakon terapije.
- 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.
- Potvrđujem da sam sve razumio/jela te da sam pri punoj svijesti i svojevoljno potpisao/la ovu suglasnost.

U Zagrebu, \_\_\_\_\_

Potpis korisnika usluga: \_\_\_\_\_

\*Za maloljetne osobe suglasnost potpisuje roditelj/staratelj.