

Се согласувам, докторот на стоматологија \_\_\_\_\_  
да ги преземе сите потребни стоматолошки и медицински интервенции и за таа цел  
ја давам следната

## ИЗЈАВА

Име и презиме \_\_\_\_\_  
Дата на раѓање \_\_\_\_\_ ЕМБГ \_\_\_\_\_  
Адреса \_\_\_\_\_

1. Се согласувам на стоматолошки третман и протетски надоместок на мене/моето дете\* како што ми е предложено од докторот - стоматолог.
2. Се согласувам да примам анестезија, за која докторот - стоматолог смета дека е најсоодветна за договорената интервенција.
3. Запознаен/а сум со фактот дека успехот на интервенцијата зависи од реакцијата на организмот, од докторот – стоматолог, видот на интервенцијата, како и од однесувањето на пациентот непосредно пред, за време и после интервенцијата.
4. Запознаен сум со тоа дека крајните резултати од некои интервенции може да се оценат после шест месеци до една година од истата.
5. Се согласувам на евентуално фотографирање и снимање заради комплетирање на медицинската документација.
6. Се согласувам на употреба на фотодокументација во медицинско-научни цели, стручна и едукативна намена, при што на пошироката јавност нема да и се обелоденува идентитетот на пациентот.
7. Изјавувам дека од докторот – стоматолог сум ги добил/а сите посакувани информации за интервенцијата за која сум се одлучил/а.
8. Потврдувам дека разбрав се и дека при здрава свест своеволно ја потпишувам оваа изјава.
9. Планот на терапија е дел од медицинската документација на пациентот.

\*За малолетни лица согласноста ја потпишува родителот/старателот.

Датум \_\_\_\_\_

Потпис на пациентот

\_\_\_\_\_

## ИЗЈАВА ЗА СОГЛАСНОСТ

Ми беше дадена можност да прашам се што ме интересира во однос на природата и целта на третманот со коронки и/или мостови и добив задоволувачки одговори.

Доброволно ги проценив сите можни ризици вклучувајќи ги и горенаведените и вклучувајќи го и ризикот за материјална штета доколку се случи некој од можните ризици, во било која фаза на третманот, во надеж дека ќе се добијат саканите резултати, кои може, но и не мора да се постигнат.

Со потпишување на овој документ, се согласувам и го овластувам

д-р \_\_\_\_\_ и/или  
неговиот/нејзиниот партнер да ги пружи сите неопходни и корисни третмани во согласност со моите детални услови и прифатениот план на терапија.

\_\_\_\_\_  
(име на пациент – печатено)

\_\_\_\_\_  
(потпис на пациент или овластено лице)

\_\_\_\_\_  
дата

Заби (бр.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(сведок на потпишувањето)