

DECLARATIE

Subsemnatul _____ domiciliat in
orasul _____, strada _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____,
declar pe proprie raspundere ca sunt de acord cu diagnosticile constatate si precizate in urma
consultatiei medicale a medicului stomatolog _____ si imi asum si
insusesc pe deplin tratamentele indicate si aplicate.

Mentionez ca am luat la cunostinta despre eventualele riscuri, accidente si complicatii care pot
interveni in timpul tratamentelor aplicate, inclusiv a extractiilor dentare, anesteziilor, inciziilor,
chiuretajelor, pulpectomiilor, si a tuturor tratamentelor preprotetice, proprotetice si protetice si
declar in deplina cunostinta de cauza ca mi le insusesc in totalitate.

Materialele necesare tratamentelor stomatologice au fost alese cu acordul meu, tinandu-se cont
de raportul calitate/preț si de posibilitatile mele materiale, asumandu-mi si insusindu-mi astfel
alegera lor.

Extractiile dentare au fost efectuate cu acordul meu, fara rezerve si la solicitarea explicita a mea.
Accept fara rezerve planul de tratament protetic si sunt intrutotul de acord cu calitatea, aspectul,
morfologia si functionalitatea lucrarilor protetice efectuate.

Accept, imi insusesc si imi asum pe deplin toate indicatiile terapeutice si profilactice primite
inaintea, in timpul si dupa efectuarea tratamentelor, inclusiv a retetelor medicale prescrise cat si
a indicatiilor de igiena a aparatului dentomaxilar.

Act de identitate seria _____ nr. _____ CNP _____.

La aceasta data nu am asupra mea actul de identitate _____
semnatura

DATA _____

SEMNATURA _____