

## DECLARATIE

Subsemnatul  domiciliat în orașul   
strada  nr.  bl.  ap.  declar pe proprie răspundere că  
sunt de acord cu diagnosticele constatate și precizate în urma consultației medicale a medicului  
stomatolog  și îmi asum și însușesc pe deplin tratamentele  
indicate și aplicate.

Menționez ca am luat la cunoștință despre eventualele riscuri, accidente și complicații care pot  
interveni în timpul tratamentelor aplicate, inclusiv a extracțiilor dentare, anesteziilor, inciziilor,  
chiuretajelor, pulpectomiilor, și a tuturor tratamentelor preprotetice, proprotetice și protetice și  
declar în deplină cunoștință de cauză că mi le însușesc în totalitate.

Materialele necesare tratamentelor stomatologice au fost alese cu acordul meu, ținându-se cont  
de raportul calitate/preț și de posibilitățile mele materiale, asumându-mi și însușindu-mi astfel  
alegerea lor.

Extracțiile dentare au fost efectuate cu acordul meu, fără rezerve și la solicitarea explicită a mea.

Accept fără rezerve planul de tratament protetic și sunt întrutotul de acord cu calitatea, aspectul,  
morfologia și funcționalitatea lucrărilor protetice efectuate.

Accept, îmi însușesc și îmi asum pe deplin toate indicațiile terapeutice și profilactice primite  
înaintea, în timpul și după efectuarea tratamentelor, inclusiv a rețetelor medicale prescrise cât și  
a indicațiilor de igienă a aparatului dentomaxilar.

Act de identitate seria  nr.  CNP

La aceasta dată nu am asupra mea actul de identitate   
semnătura

DATA: ..... / ..... / .....

SEMNĂTURA