

Beleegyező nyilatkozat fogpótlás átvételéhez

Páciens adatai

Név: **John Doe**
Cím: **1234 Város, Utca u. 1.**
Született: **1970.01.01**
anyja neve: **Jane Doe**
Taj: **-**

Számlázási adatok

Név: **John Doe**
Cím: **1234 Város, Utca u. 1.**
EP szám: **12345678**
Páciens: **John Doe**
Adószám: **123456789**

Aláírással jelzem, hogy fogorvosom által a részemre készített fogpótlás színével, formájával, kényelmes funkciójával egyetértek, a pótlást átveszem/a pótlás végleges beragasztását engedélyezem, valamint az alább felsorolt garanciális feltételeket megismertem és elfogadom.

A garancia érvényessége:

Korona- és hídpótlások: 3 év

Préskerámia koronák és héjak: 2 év

Onlay, inlay pótlások: 2 év

Kivehető végleges fogsorok: 1 év

Garancia fenntartásának feltételei:

A páciens az orvos utasításai szerint gondozza, ápolja pótlását, fokozottan odafigyel a szájhygiénére, és pótlásának megfelelő szájhygiénés kiegészítőket használja, hogy elkerülje a gyulladás és szuvasodás lehetőségét, valamint részt vesz az évente kötelező fogászati kontrollvizsgálatokon, illetve a lentebb felsorolt kizáró tényezőket elkerüli.

A garancia az alábbi esetekre nem terjed ki:

1. A szájhygiénia elhanyagolása
2. A kontrollidőpontok elmulasztása
3. A fogorvos utasításainak be nem tartása
4. A fogmű vagy a fogak és azt övező szövetek baleset vagy szándékos károkozás általi traumás sérülése
5. Nem rendeltetésszerű használat miatt bekövetkező sérülésekre
6. A fogorvosi kezeléssel összefüggésben nem álló betegség vagy orvosi kezelés miatt bekövetkező sérülések, károsodások
7. Dohányzás, alkohol- vagy drogfogyasztás hatása alatt vagy használata miatt bekövetkező sérülésekre
8. Fogcsikorgatás miatti sérülés vagy károsodás

-
9. Ideiglenes hidak, koronák és fogsorok esetén
 10. A fizetési kötelezettségek teljesítésének elmulasztása esetén
 11. Fogak, íny, állkapocscsont természetes sorvadása és annak következményei
 12. Ideiglenesen beragasztott rögzített pótlásokra, melyek kiesés által sérülnek meg, törnek el
 13. Nem tartozik a garancia körébe a röntgenfelvétel alapján előre nem látható gyökérkezelés vagy más probléma, ami szükségessé tehet más kezeléseket
 14. Más fogorvos, fogtechnikus vagy harmadik személy által végzett beavatkozás esetén
 15. Nem vonatkozik a garancia a fogorvosi kezelésekkal nem összefüggő, egyéb kialakult betegségekre, melynek negatív hatása van a fogtechnikai munka állapotára (pl. cukorbetegség, epilepszia, csontritkulás, kemoterápia utáni állapot)

2024.08.07. Budapest

páciens aláírása