

RelaxDent Implant és Fogászati Centrum Rendelő 1094 Budapest Ferenc Krt 41. 1em. 1/1sz -2sz web: www.fogak.hu Email: orvos@fogak.hu Mobil: +36-30-3439875		RelaxDent Implant Clinic Kft. 1094 Budapest Ferenc körút 41. 1.em. 2sz. Adósz: 13914075-1-43 Céj: 01-09-879620
Dokumentum elnevezése, típusa: Kezelést lezáró nyilatkozat melléklet	Dokumentum száma: me2-005-P-01 Hatályba lép: 2021.02.08 Oldalszám: 1	

Nyilatkozat protetikai fogmű végleges beragasztásának elfogadásáról

Páciens adatai:

Beteg neve:	xx
Születési dátum:	xx
TAJ:	xx
Cím:	xx

Fent megnevezett páciens kijelentem, hogy a mai napon a Relaxdent Implant Clinic Kft. fogászati rendelőben átadott fogpótlás esztétikai küllemével (forma, méret, fogszín, stb) és funkcionalitásával elégedett vagyok. Tudomásul veszem és a tájékoztatást megkaptam, hogy a ragasztást követően a fogpótlás csak roncsolás árán távolítható el, így esetleges esztétikai okokból felmerülő javítása nem lehetséges. A garanciális feltételek nem terjednek ki a fogsor esztétikájára és küllemére, tehát ilyen okból történő cseréjének költségét a Relaxdent Implant Clinic Kft. nem téríti meg. Tudomásul veszem, hogy kérésemre a rendelő lehetőséget biztosít ideiglenes beragasztásra az esetleges esztétikai problémák későbbi javítása érdekében. (Ennek időtartama maximum 2-4 hét.)

Jelen dokumentum aláírásával bejegyzésemet adom a fogmű végleges beragasztásához!

A fogpótlás otthoni gondozásával kapcsolatos felvilágosítást, tájékoztatást megkaptam.

A garanciára vonatkozó tájékoztatást megkaptam.

Budapest,

.....
Orvos aláírása

.....
Páciens aláírása

Minden a kezelést érintő hivatalos dokumentum letölthető honlapunkról. www.fogak.hu