



Předoperační vyšetření k ošetření v analgosedaci (zubní ošetření)

Jméno a přímení pacienta:

Datum narození:

Adresa místa trvalého nebo jiného pobytu:

RA:

OA:

FA:

Obj.:

Závěr: Pacient je (není)schopen ošetření v analgosedaci (zubní ošetření)*

Datum vystavení:

podpis, jmenovka lékaře
razítko zdravotního zařízení

Zákonní zástupci souhlasí s uvedenými údaji: ANO/NE*

Jméno a příjmení:

Stav k pacientovi:

V dne:

podpis zákonných zástupců

Poučení:

- Vyjádření je platné 1 měsíc od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti. Zákonní zástupci jsou povinni při změně zdravotního stavu pacienta nechat tyto změny vyznačit.

*nehodící škrtněte