



TRUDENT KLINIEKEN GOEDKEURING MEDISCHE COMPETENTIE

Medische goedkeuring voor tandheelkundige behandeling

Datum: _____ Ter attentie van: _____

Geachte Dr.

De volgende tandheelkundige behandelingen zijn gepland voor uitvoering in onze
praktijk voor onze medepatiënt _____

: _____

De door de patiënt opgegeven medische aandoeningen zijn als volgt: _____

Gelieve de medische voorgeschiedenis van deze patiënt te beoordelen en ons te informeren over eventuele
speciale overwegingen.

Antibiotische profylaxe: _____ Ja _____ Nee

Stoppen met antistollingsmiddelen: _____ Ja _____ Nee

Hoe lang voor en na de behandeling?: _____

Beperkingen op het gebruik van anesthesie: _____ Ja _____ Nee

Mag epinefrine worden gebruikt? _____ Ja _____ Nee

Type antibioticum dat is toegestaan/aanbevolen: _____

Type pijnmedicatie dat is toegestaan/aanbevolen: _____

Heeft u nog aanvullende toelichtingen? _____

Naam Dokter _____

Handtekening Dokter _____

Datum _____

Bedankt voor uw hulp bij het bieden van de best mogelijke zorg voor deze patiënt.

Laat uw dokter het document ondertekenen en fax het naar +90 232

Anadolu Cad No:875, Çiğli-Karşıyaka-İzmir, 35620-TURKIJE Telefoon+90 535 263 6022