

TRUDENT CLINICS EINVERSÄNDNISERKLÄRUNG ÜBER ÄRZTLICHES ATTEST

Ärztliches Attest für zahnmedizinische Behandlung

Datum _____ Attn: _____

Sehr Geehrte/r Dr. _____

Unser gemeinsame Patient, _____

hat einen Termin an unserer Praxis für die folgenden Behandlungen:

Der Patient hat die folgenden medizinischen Konditionen angegeben:

Bitte bewerten Sie die medizinische Vorgeschichte des Patienten und informieren Sie uns über jegliche Punkte, die wir in Betracht ziehen sollten.

Antibiotika-Prophylaxe: _____ Ja _____ Nein

Unterbrechung der Antikoagulanzen: _____ Ja _____ Nein

Wie lange vor und nach der Behandlung: _____

Beschränkungen hinsichtlich der Anästhesie : _____ Ja _____ Nein

Ist Adrenalin OK? _____ Ja _____ Nein

Art des zulässigen/empfohlenen Antibiotikums: _____

Art der zulässigen/empfohlenen Medikamente: _____

Art der zulässigen/empfohlenen Schmerzmittel: _____

Jegliche zusätzliche Erläuterungen : _____

Name des Arztes/der Ärztin (bitte gedruckt) : _____

Unterschrift des Arztes/der Ärztin: _____ Datum _____

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung bei der optimalen Versorgung dieses Patienten.

Bitte lassen Sie dieses Dokument von Ihrem Arzt unterschreiben und per Fax senden an +90 232

Anadolu Cad No:875, Cigli-Karsiyaka-Izmir, 35620-TR Phone +90 535 263 6022