

Ste že prejeli lokalno ali splošno anestezijo?	NE	DA
Ali ste doslej injekcijo za lokalno omrtvičenje pri zobozdravniku dobro prenašali?	NE	DA
Ali kadite? Če DA, koliko?	NE	DA
Imate težave s strjevanjem krvi?	NE	DA
Ste na antikoagulantni ali antiagregacijski terapiji?	NE	DA
Imate umetno kolčno ali kolensko endoprotezo?	NE	DA
Ste se v zadnjem obdobju zdravili z bisfosfonati?	NE	DA
Ste bili kdaj zdravljeni z obsevanjem v področju glave in vratu?	NE	DA
Imate kakšno nalezljivo bolezen?	NE	DA
Ali ste kdaj prejeli transfuzijo?	NE	DA
Ste odvisni od drog?	NE	DA
Ste HIV-pozitivni?	NE	DA
Imate okužbo z virusom hepatitis B, C?	NE	DA
Vprašanja samo za ženske.		
Ali ste noseči?	NE	DA
Ali jemljete kontracepcijske tablete?	NE	DA

Datum: _____

Podpis: _____

Pregledal: _____

IZJAVA

- Seznanjen sem z dejstvom, da je uspeh posega odvisen od reakcije organizma, od zobozdravnika in vrste posega, od ravnanja bolnika neposredno pred in med posegom ter v času po posegu.
- Seznanjen sem s tem, da se končni rezultat in učinek posega lahko oceni šele nekaj mesecev po posegu.
- Pristanem na priložnostno fotografiranje, snemanje zaradi medicinske dokumentacije.
- Pristanem na uporabo fotodokumentacije v medicinsko znanstvene, strokovne ali učne namene, pri kateri javnosti ne bo razkrita pacientova identiteta.

Datum: _____

Podpis pacienta: _____