



TÁJÉKOZTATÓ

fogszabályozó kezelés befejezéséhez

Név:

Szül. idő:

Fent nevezett (kiskorú esetén törvényes képviselője) beleegyezem fogszabályozó kezelésem befejezésébe és kérem a fogszabályozó készülék eltávolítását.

A fogszabályozó kezelés eredményét elfogadom, azzal elégedett vagyok, amennyiben bármilyen észrevételem van, azt a készülék eltávolításának napján vagy legkésőbb 24 órán belül írásban közlöm a secretsmilekft@gmail.com email címen.

Részletes tájékoztatást kaptam a készülék eltávolítását követő teendőkről, ezeket elfogadom és betartom, illetve tudomásul veszem, hogy a be nem tartásukból eredő elváltozásokért a felelősséget vállalom.

A készülék eltávolítását követő szájhygiénás szabályokról tájékoztatást kaptam, azokat betartom.

A fix retainer sérülése esetén kezelőorvosomat 24 órán belül írásban értesítem a secretsmilekft@gmail.com email címen.

A készülék eltávolítását követően kivehető retainer készül, melyet legkésőbb két héten belül átveszek és minimum két éven keresztül minden éjszaka minimum 8 órát viselem, sérülése, elvesztése, illetve bármely, a készülék viselését korlátozó esemény bekövetkeztekor kezelőorvosomat 24 órán belül írásban értesítem a secretsmilekft@gmail.com email címen.

A fogszabályozó készülék eltávolítása után egy, három és hat hónappal, majd félévente kontroll vizsgálatra jelentkezem, melyre magammal hozom a kivehető retainert is. Tudomásul veszem, hogy a féléves kontroll vizsgálatok elmulasztása esetén kezelőorvosom nem tud felelősséget vállalni az esetleges problémákkal.

Félévente szájhygiénás kezelésen (fogköeltávolítás, polírozás, szájhygiénás oktatás) részt veszek.

Amennyiben a fogszabályozó kezelés befejezését követően ismételt fogszabályozás, illetve a retainerek bármilyen módosítása történik, melyet nem dr. Zalai Zsolt végez, a kezeléssel elért eredményért nem tudunk felelősséget vállalni.

Kelt,