

## PËLQIMI PËR TRAJTIM STOMATOLOGJIK

Unë, me anë të këtij pëlqimi, e autorizoj Dr. \_\_\_\_\_ dhe bashkëpunëtorët e tij/saj që të ofrojnë shërbime stomatologjike, të përshkruajnë, japin dhe/ose administrojnë çfarëdo barna, antibiotik dhe anestetik lokal të cilat, sipas gjykimit të tyre profesional, ai/ajo apo bashkëpunëtorët e tij/saj i konsiderojnë të domosdoshme apo adekuate për trajtim.

Unë jam informuar dhe plotësisht e kuptoj që ekzistojnë rreziqet e mundëshme me dhënien e çfarëdo bari,, antibiotiku, anestetiku lokal dhe sedacionit të vetdijshëm. Poashtu, jam informuar dhe plotësisht e kuptoj që gjatë trajtimit stomatologjik ekzistojnë rreziqet e mundëshme, e me këtë edhe mundësia për nxjerrjen e dhëmbit. Rreziqet më të zakonshme gjatë trajtimit stomatologjik mund të përfshijnë, por nuk janë të vetme, si në vijim:

- gjakderdhja,
- ënjtje,
- mavijosje,
- parehati,
- nofulla të shtanguara,
- aspirim/gëlltitje,
- parestezi nervore e përkohshme apo e përhershme,
- reaksion i padëshiruar në barna,
- reaksion alergjik,
- arrest kardiak, etj.

Unë poashtu jam informuar se gjatë trajtimit, mund të jetë e nevojshme të ndryshohen ose të shtohen procedura stomatologjike tjera për shkak gjetjeve të reja që mund të dalin gjatë trajtimit e që nuk janë zbuluar gjatë ekzaminimit fillestar. Unë e jap pëlqimin për t'u bërë të gjitha ndryshimet e tilla sipas nevojës.

Gjithashtu, janë diskutuar dhe i kam kuptuar opcionet tjera alternative, duke përfshirë edhe mostrajtimin, dhe jam i vetdijshëm se nuk mund të më garantohen rezultatet dhe/ose komplikimet e trajtimit. Në rast nevoje, të gjitha sqarimet shtesë mbi komplikimet janë në dispozicionin tim.

### Procedura/Trajtimi

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Pacienti/Kujdestari \_\_\_\_\_  
Emri dhe mbiemri

Nënshkrimi \_\_\_\_\_

Dëshmitari \_\_\_\_\_  
Emri dhe mbiemri

Nënshkrimi \_\_\_\_\_

Stomatologu \_\_\_\_\_  
Emri dhe mbiemri

Nënshkrimi \_\_\_\_\_