

  **DATO:**

**Fuldmagt.**

Undertegnede som er værge for eller i familie med:

**Navn:**

**CPR-nummer:**

er indforstået med, at tandbehandling foretages i fuld narkose, herunder eventuelle tandudtrækninger.

Den foreløbige behandlingsplan omfatter:

* Undersøgelse
* Tandrensning
* Røntgenstatus
* Evt. behandling af caries med fyldninger
* Evt. tandudtrækninger eller operativ fjernelse af tænder, som vurderes ikke at være bevaringsværdige og/eller som skønnes at have et behandlingsbehov, som patienten ikke kan samarbejde til.

Jeg er indforstået med, at ved operativ fjernelse af tænder er der en risiko for eftersmerter, blødning, infektion samt forbigående eller permanente nerveskader.

Jeg sørger desuden for, at patienten på narkosedagen møder fastende, hvilket vil sige at han / hun ikke har indtaget fast eller flydende føde (og ej heller har røget) fra midnat dagen inden behandlingen.

Jeg er indforstået med, at der skal være en ledsager til stede før, under og efter behandlingen, samt hvis det eventuelt bliver nødvendigt med indlæggelse efter indgrebet.

Hvis patienten kommer hjem samme dag, vil jeg sørge for at der er tilsyn med ham / hende om natten.

Vi / jeg sørger selv for transport til og fra hospitalet.

Jeg giver accept til at journalnotat og evt. røntgenbilleder bliver sendt

til henvisende tandklinik: Ja: \_\_ Nej: \_\_

Såfremt der er spørgsmål vedrørende behandlingen / forløbet før, såvel som efter narkosen kan
Region Sjællands Tandpleje kontaktes.

Underskrivers navn og relation\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrivers adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato Underskrift

\*Underskrivers relation (f.eks mor, bror, værge eller god ven - **IKKE** personale eller leder på bosted).