

Производитель: B&B Dental srl, Via S. Benedetto, 1837 40018 S. Pietro in Casale (BO) Italy Официальный импортер и дистрибьютор в России и странах СНГ: ООО "Ультра" 192148, Россия,

г. Санкт-Петербург, проспект Елизарова, дом 34, литер А

8 800 333-53-09

8 921 950-02-69 (WhatsApp)

 $info@beb\mbox{-}dental.ru \ \ , \ \ www.beb\mbox{-}dental.ru$

ФОРМА АВТОРИЗАЦИИ ДЛЯ НАВИГАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ В&B DENTAL

Дата: Пациент
Врач
Я, как лечащий врач, ЗАЯВЛЯЮ,
что мной лично:
спланирован проверен
весь план лечения с использованием программного обеспечения 3Diagnosys, начиная с
изображений КТ / КЛКТ моего пациента.
Поэтому я:
утверждаю положение имплантатов и весь план лечения, который был выполнен
самостоятельно или через службу поддержки, для использования при изготовлении
модели и навигационного шаблона, необходимых для проведения операции у указанного
пациента.
Я заявляю также, что я:
лично спланировал проверил
утвердил положение имплантатов и принял план лечения для этого пациента.
Я также освобождаю B&B Dental Srl, ее сотрудников и дистрибьютора ООО "Ультра" от КАКОЙ-ЛИБО ОТВЕТСТВЕННОСТИ за результат операции. ПОДПИСЫВАЯ ЭТОТ ДОКУМЕНТ, Я ЗАЯВЛЯЮ, ЧТО B&B DENTAL И ООО " УЛЬТРА" НЕ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА КАКОЙ-ЛИБО РЕЗУЛЬТАТ ДЛЯ ПАЦИЕНТА. Я заявляю, что обладаю юридической квалификацией для назначения плана лечения, и я беру на себя полную ответственность за составление плана и за использование навигационного
шаблона, которые являются результатом последнего утвержденного проекта.
Дата операции:
Изменено:
Сообщение о любых изменениях, внесенных в проект:
Любое изменение, запрошенное после утверждения, потребует дополнительного утверждения этого
документа и может привести к дополнительным расходам и задержкам. Я окончательно подтверждаю, удостоверяю и утверждаю присланный план
лечения и принимаю на себя ответственность.
The female in the second of perfect between the female in
Подпись и печать врача:
или впишите ФИО врача и
нажмите на поле для утверждения: