

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG UND FREIGABE ZUM DRUCK DER NAVIGATIONSSCHABLONE

Zahnarzt _____ Telefon _____

Straße _____ Nr. _____

Ort _____ PLZ _____

FÜR DEN PATIENTEN

Name _____ Vorname _____

Fall-Nr. _____

PLANUNGSDATEN

DVT Datum _____ Position / OK _____

Planung Datum _____ Versendet _____

OP-Tag _____

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Hiermit stimme ich diesem Planungsvorschlag zu und gebe diese Daten zum Druck frei.

Die von DERAWI zur Verfügung gestellte Navigationsschablone stellt ein Hilfsmittel zur Unterstützung der vom Zahnarzt gewählten Therapie dar. Der Behandler erklärt, dass er die Verantwortung für den Einsatz seiner Hilfsmittel in vollem Umfang übernimmt und nach bestem Wissen und Gewissen, sowie entsprechend den Regeln der zahnärztlichen Wissenschaft handelt. Mit der Unterzeichnung dieses Schreibens entbindet er DERAWI und seine Mitarbeiter von jeglichen Gewährleistungsansprüchen.

Datum / Ort

Unterschrift