

Dokument 2: Magtiging

Neem asseblief kennis : 'n Geskeide ouer, wat nie vir die rekening verantwoordelik is nie, moet nie die vorms voltooi nie. Die persoon wat wel vir die rekening verantwoordelik is, moet asseblief hierdie vorm voltooi.

Hiermee verklaar ek dat ek verstaan en my volle toestemming verleen:

1. Daar is bepaalde gebreke/siektes wat die prognose/sukses van ortodontiese behandeling kan beïnvloed. Die aard daarvan kan geneties, chronies of akueel wees. Vul asseblief die pasiënt se volledige mediese geskiedenis in. Verwittig asseblief die Ortodontis indien die pasiënt aan enige onderliggende, akute of chroniese ongesteldheid ly, al mag dit vir u na iets onbenulligs lyk. Hierdie ongesteldhede kan bestaande probleme wees of kan tydens behandeling ontwikkel. Dit is die pasiënt/ouer se verantwoordelikheid om ons op hoogte te hou van die mediese geskiedenis.
2. Ek is regtens daarop geregtig om namens die pasiënt/minderjare op te tree. Indien ek nie die wettige ouer of voog is nie, onderneem ek om hierdie dokument voor die volgende afspraak persoonlik aan die wettige ouer/voog te besorg.
3. Ek is omtrent die verskillende behandelingsopsies ingelig, en ek verstaan dit geheel en al.
4. Ek is omtrent die moontlike komplikasies wat tydens/na ortodontiese behandeling kan voorkom, ingelig.
5. Ek erken dat dit my alleen verantwoordelikheid is om enige voorgestelde optrede/behandeling wat die Ortodontis beoog, te bevestig indien ek nie heeltemal tevrede is nie of indien ek voel dat ek verkeerd ingelig is.
6. Ek erken dat ek die reg op 'n tweede mening het indien ek twyfel oor enige voorgestelde behandeling/optrede wat die Ortodontis wil uitvoer.
7. Ek verleen hiermee toestemming dat my rekords of dië van my kind vir opvoedkundige doeleindes aan ander trandartse/student/pasiënte meegedeel kan word.
8. Die Ortodontis aanvaar geen aanspreeklikheid vir enige komplikasies wat uit die ortodontiese behandeling kan voortspruit nie, ongeag of dit weens bekende/onbekende/ongeopenbaarde ongesteldhede/verstourings/versuim deur die pasiënt is.

Versuim deur die pasiënt kan die volgende insluit:

- A. Om die instruksies oor hoe ortodontiese toestelle versorg moet word, nie na te kom nie.
- B. Om nie die voorgeskrewe tandeborsel, tandevlos, mondspoelmiddel, ens., soos deur u Ortodontis voorgeskryf is, te gebruik nie.
- C. Swak mondhygiëne of versuim om instruksies oor mondhygiëne te volg.
- D. Weiering om koptuig, rekkies, retensietoestelle, ens., te dra, soos deur 'n lid van die ortodontiese span voorgestel is.

- E. Deur voedselsoorte te eet wat nie tydens behandeling toegelaat word nie, soos biltong, toffies en kougom, of deur ander vreemde voorwerpe in die mond te steek.
- F. Deur afsprake, soos deur die ortodontis voorgeskryf is, nie gereeld na te kom nie.
- G. Deur nie vir roetine-ondersoeke na sy/haar tandarts te gaan nie.

Ek,.....

Ouer se volle name en van

.....

Identiteitsnommer

Gee hiermee toestemming dat Dr. Herman Uys mag voortgaan met die behandeling van,

.....

Pasiënt se volle name en van

en verklaar verder dat ek volle verantwoordelikheid aanvaar vir enige koste wat nie deur die mediese fonds betaal word nie.

Fisiese adres (nie 'n posbus nie) (domicilium citandi et executandi):

.....

.....

.....

Die persoon wat verantwoordelik vir die rekening is, kies domicilium citandi et executandi vir doeleindes van die betekening van prosesstukke en kennisgewings, by bogenoemde woonadres, wat verander kan word deur 7 (sewe) dae kennisgewing by wyse van aangetekende pos.

.....

Handtekening van persoon verantwoordelik vir rekening Datum

.....

Naam in drukskrif