



**OralStudio** Fogászati és Szájsebészeti Szakorvosi Ambulancia  
Dentistry, Oral & Maxillofacial Surgery – Zahnheilkunde, Kiefer-, und Gesichtschirurgie  
H-1126 Budapest, Böszörményi u. 2. Tel: (+36 1) 224 7920 Fax: (+ 36 1) 224 7929  
Email: [info@oralstudio.hu](mailto:info@oralstudio.hu)

Dr Huszák András szájsebész szakorvos, ügyvezető

## Erklärung zur Operation

Name: .....

Geburtsort un Datum: .....

Adresse: .....

Diagnosis: .....

Behandlung/ Operation: .....

Risiko / Komplikation: .....

Ich erkläre hiermit, dass ich über die Operation und deren Risiken von Ihnen aufgeklärt wurde. Alle meiner Fragen wurden von Ihnen beantwortet.

Die Erklärung des Zahnarztes habe ich inhaltlich und sprachlich verstanden.

Mit der Behandlung/ Operation bin ich einverstanden.

Unterschrift: .....

Datum: .....