Формуляр за съгласие

Дентална клиника

Име на бизнеса

ДЕТАЙЛИ ЗА ПАЦИЕНТА

Пълно име

Телефонен номер

Имейл

Дата на раждане

ПОТВЪРЖДАВАМ, ЧЕ

- ☐ Отговорих точно на медицинските въпроси и ще докладвам за всяка промяна.
- ☐ Зъболекарят обясни предложеното лечение, алтернативите, рисковете и цената.
- ☐ Съгласявам се с местна анестезия, където е необходимо.
- ☐ Мога да оттегля съгласието си по всяко време преди лечението.

Съгласен съм, че бизнесът пази информацията в този формуляр за предоставяне на услугата и за толкова дълго, колкото изисква законът. Мога да поискам да видя, коригирам или изтрия данните си по всяко време.

Подпис на пациента

Подпис на специалиста

Дата

Шаблон от agendessa.com. Начална точка, не е правен или медицински съвет.