Formulář souhlasu

Zubní klinika

Název firmy

DETAILY PACIENTA

Celé jméno

Telefonní číslo

E-mail

Datum narození

POTVRZUJI, ŽE

- ☐ Odpověděl jsem na lékařské otázky přesně a nahlásím jakoukoli změnu.
- ☐ Zubař vysvětlil navrhovanou léčbu, alternativy, rizika a náklady.
- ☐ Souhlasím s lokální anestezií, pokud je to potřeba.
- ☐ Mohu kdykoli před léčbou odvolat svůj souhlas.

Souhlasím, že podnik uchovává informace v tomto formuláři pro poskytnutí služby a po dobu, kterou vyžaduje zákon. Mohu kdykoli požádat o zobrazení, opravu nebo smazání svých údajů.

Podpis pacienta

Podpis specialisty

Datum

Šablona z agendessa.com. Výchozí bod, nikoli právní nebo lékařská rada.