Einwilligungserklärung

Zahnarztpraxis

Unternehmen

PATIENTENDETAILS

Vollständiger Name

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

ICH BESTÄTIGE, DASS

- ☐ Ich habe die medizinischen Fragen genau beantwortet und werde Änderungen melden.
- ☐ Der Zahnarzt hat die vorgeschlagene Behandlung, Alternativen, Risiken und Kosten erklärt.
- ☐ Ich stimme einer lokalen Betäubung bei Bedarf zu.
- ☐ Ich kann meine Einwilligung jederzeit vor der Behandlung widerrufen.

Ich stimme zu, dass das Unternehmen die Informationen in diesem Formular speichert, um die Dienstleistung bereitzustellen und so lange, wie es das Gesetz erfordert. Ich kann jederzeit Einsicht, Korrektur oder Löschung meiner Daten verlangen.

Patientenunterschrift

Unterschrift des Spezialisten

Datum

Vorlage von agendessa.com. Ein Ausgangspunkt, keine rechtliche oder medizinische Beratung.