Φόρμα συναίνεσης

Οδοντιατρική κλινική

Όνομα επιχείρησης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ονοματεπώνυμο

Αριθμός τηλεφώνου

Email

Ημερομηνία γέννησης

ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ

- ☐ Έχω απαντήσει με ακρίβεια στις ιατρικές ερωτήσεις και θα αναφέρω οποιαδήποτε αλλαγή.
- ☐ Ο οδοντίατρος εξήγησε την προτεινόμενη θεραπεία, τις εναλλακτικές, τους κινδύνους και το κόστος.
- ☐ Συμφωνώ με την τοπική αναισθησία όπου χρειάζεται.
- ☐ Μπορώ να αποσύρω τη συναίνεσή μου οποιαδήποτε στιγμή πριν από τη θεραπεία.

Συμφωνώ ότι η επιχείρηση διατηρεί τις πληροφορίες αυτής της φόρμας για την παροχή της υπηρεσίας και για όσο απαιτεί ο νόμος. Μπορώ να ζητήσω να δω, να διορθώσω ή να διαγράψω τα δεδομένα μου οποιαδήποτε στιγμή.

Υπογραφή ασθενούς

Υπογραφή ειδικού

Ημερομηνία

Πρότυπο από το agendessa.com. Ένα σημείο εκκίνησης, όχι νομική ή ιατρική συμβουλή.