Nõusolekuvorm

Hambakliinik

Ettevõtte nimi

PATSIENDI ANDMED

Täisnimi

Telefoninumber

E-post

Sünnikuupäev

KINNITAN, ET

- ☐ Olen vastanud meditsiinilistele küsimustele täpselt ja teatan igast muutusest.
- ☐ Hambaarst selgitas kavandatud ravi, alternatiive, riske ja kulusid.
- ☐ Nõustun kohaliku anesteesiaga, kui vaja.
- ☐ Võin oma nõusoleku igal ajal enne ravi tagasi võtta.

Nõustun, et ettevõte säilitab selle vormi teavet teenuse osutamiseks ja nii kaua, kui seadus nõuab. Võin igal ajal küsida oma andmeid näha, parandada või kustutada.

Patsiendi allkiri

Spetsialisti allkiri

Kuupäev

Mall agendessa.com-ist. Alguspunkt, mitte juriidiline ega meditsiiniline nõuanne.