Suostumuslomake

Hammaslääkäriasema

Yrityksen nimi

POTILAAN TIEDOT

Koko nimi

Puhelinnumero

Sähköposti

Syntymäaika

VAHVISTAN, ETTÄ

- ☐ Olen vastannut lääketieteellisiin kysymyksiin tarkasti ja ilmoitan kaikista muutoksista.
- ☐ Hammaslääkäri selitti ehdotetun hoidon, vaihtoehdot, riskit ja kustannukset.
- ☐ Hyväksyn paikallispuudutuksen tarpeen mukaan.
- ☐ Voin peruuttaa suostumukseni milloin tahansa ennen hoitoa.

Hyväksyn, että yritys säilyttää tämän lomakkeen tiedot palvelun tarjoamiseksi ja niin kauan kuin laki vaatii. Voin pyytää nähdä, korjata tai poistaa tietoni milloin tahansa.

Potilaan allekirjoitus

Asiantuntijan allekirjoitus

Päivämäärä

Pohja agendessa.comista. Lähtökohta, ei juridinen tai lääketieteellinen neuvonta.