Formulaire de consentement

Clinique dentaire

Nom de l'entreprise

DÉTAILS DU PATIENT

Nom complet

Numéro de téléphone

E-mail

Date de naissance

JE CONFIRME QUE

- ☐ J'ai répondu avec précision aux questions médicales et signalerai tout changement.
- ☐ Le dentiste a expliqué le traitement proposé, les alternatives, les risques et le coût.
- ☐ J'accepte l'anesthésie locale si nécessaire.
- ☐ Je peux retirer mon consentement à tout moment avant le traitement.

J'accepte que l'entreprise conserve les informations de ce formulaire pour fournir le service et aussi longtemps que la loi l'exige. Je peux demander à voir, corriger ou supprimer mes données à tout moment.

Signature du patient

Signature du spécialiste

Date

Modèle de agendessa.com. Un point de départ, pas un conseil juridique ou médical.