Obrazac pristanka

Stomatološka klinika

Naziv tvrtke

PODACI O PACIJENTU

Puno ime

Telefonski broj

Email

Datum rođenja

POTVRĐUJEM DA

- ☐ Točno sam odgovorio na medicinska pitanja i prijavit ću svaku promjenu.
- ☐ Stomatolog je objasnio predloženi tretman, alternative, rizike i troškove.
- ☐ Slažem se s lokalnom anestezijom gdje je potrebno.
- ☐ Mogu povući svoj pristanak u bilo kojem trenutku prije tretmana.

Slažem se da poslovanje čuva informacije iz ovog obrasca kako bi pružilo uslugu i onoliko dugo koliko zakon zahtijeva. Mogu zatražiti uvid, ispravak ili brisanje svojih podataka u bilo kojem trenutku.

Potpis pacijenta

Potpis stručnjaka

Datum

Predložak s agendessa.com. Početna točka, ne pravni ili medicinski savjet.