Consenso informato

Clinica dentistica

Attività

DETTAGLI DEL PAZIENTE

Nome completo

Telefono

Email

Data di nascita

CONFERMO CHE

- ☐ Ho risposto accuratamente alle domande mediche e segnalerò qualsiasi cambiamento.
- ☐ Il dentista ha spiegato il trattamento proposto, le alternative, i rischi e il costo.
- ☐ Accetto l'anestesia locale dove necessaria.
- ☐ Posso ritirare il mio consenso in qualsiasi momento prima del trattamento.

Accetto che l'attività conservi le informazioni in questo modulo per fornire il servizio e per il tempo richiesto dalla legge. Posso chiedere di vedere, correggere o cancellare i miei dati in qualsiasi momento.

Firma del paziente

Firma specialista

Data

Modello da agendessa.com. Un punto di partenza, non un consiglio legale o medico.