Sutikimo forma

Odontologijos klinika

Verslo pavadinimas

PACIENTO DETALĖS

Pilnas vardas

Telefono numeris

El. paštas

Gimimo data

PATVIRTINU, KAD

- ☐ Tiksliai atsakiau į medicininius klausimus ir pranešiu apie bet kokius pokyčius.
- ☐ Odontologas paaiškino siūlomą gydymą, alternatyvas, riziką ir kainą.
- ☐ Sutinku su vietine nejautra, jei reikia.
- ☐ Galiu bet kada atšaukti savo sutikimą prieš gydymą.

Sutinku, kad verslas saugo informaciją iš šios formos paslaugos teikimui ir tiek, kiek reikalauja įstatymai. Galiu bet kada prašyti peržiūrėti, pataisyti ar ištrinti savo duomenis.

Paciento parašas

Specialisto parašas

Data

Šablonas iš agendessa.com. Pradinis taškas, ne teisinė ar medicininė konsultacija.