Piekrišanas veidlapa

Zobārstniecības klīnika

Uzņēmuma nosaukums

PACIENTA DETAĻAS

Pilns vārds

Telefona numurs

E-pasts

Dzimšanas datums

ES APSTIPRINU, KA

- ☐ Es esmu precīzi atbildējis uz medicīniskajiem jautājumiem un ziņošu par jebkādām izmaiņām.
- ☐ Zobārsts izskaidroja ierosināto ārstēšanu, alternatīvas, riskus un izmaksas.
- ☐ Es piekrītu vietējai anestēzijai, ja nepieciešams.
- ☐ Es varu atsaukt savu piekrišanu jebkurā laikā pirms ārstēšanas.

Es piekrītu, ka uzņēmums glabā informāciju šajā veidlapā, lai sniegtu pakalpojumu un tik ilgi, cik to prasa likums. Es varu jebkurā laikā pieprasīt redzēt, labot vai dzēst savus datus.

Pacienta paraksts

Speciālista paraksts

Datums

Veidlapa no agendessa.com. Sākuma punkts, nevis juridisks vai medicīnisks padoms.