Формулар за согласност

Стоматолошка клиника

Име на бизнисот

ДЕТАЛИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Целосно име

Телефонски број

Е-пошта

Датум на раѓање

ПОТВРДУВАМ ДЕКА

- ☐ Точно одговорив на медицинските прашања и ќе пријавам каква било промена.
- ☐ Стоматологот го објасни предложениот третман, алтернативите, ризиците и трошоците.
- ☐ Се согласувам на локална анестезија каде што е потребно.
- ☐ Можам да ја повлечам мојата согласност во секое време пред третманот.

Се согласувам дека бизнисот ја чува информацијата од овој формулар за да ја обезбеди услугата и колку што законот бара. Можам да побарам да ја видам, коригирам или избришам мојата информација во секое време.

Потпис на пациентот

Потпис на специјалист

Датум

Шаблон од agendessa.com. Почетна точка, не е правен или медицински совет.