Samtykkeskjema

Tannklinikk

Bedriftsnavn

PASIENTDETALJER

Fullt navn

Telefonnummer

E-post

Fødselsdato

JEG BEKREFTER AT

- ☐ Jeg har svart nøyaktig på de medisinske spørsmålene og vil rapportere eventuelle endringer.
- ☐ Tannlegen forklarte den foreslåtte behandlingen, alternativene, risikoene og kostnaden.
- ☐ Jeg samtykker til lokalbedøvelse der det er nødvendig.
- ☐ Jeg kan trekke tilbake mitt samtykke når som helst før behandlingen.

Jeg godtar at virksomheten oppbevarer informasjonen i dette skjemaet for å levere tjenesten og så lenge loven krever. Jeg kan be om å se, rette eller slette mine data når som helst.

Pasientsignatur

Spesialistsignatur

Dato

Mal fra agendessa.com. Et utgangspunkt, ikke juridisk eller medisinsk rådgivning.