Toestemmingsformulier

Tandartspraktijk

Bedrijfsnaam

PATIËNTGEGEVENS

Volledige naam

Telefoonnummer

E-mail

Geboortedatum

IK BEVESTIG DAT

- ☐ Ik heb de medische vragen nauwkeurig beantwoord en zal elke verandering melden.
- ☐ De tandarts legde de voorgestelde behandeling, de alternatieven, de risico's en de kosten uit.
- ☐ Ik ga akkoord met lokale verdoving indien nodig.
- ☐ Ik kan mijn toestemming op elk moment intrekken voor de behandeling.

Ik ga akkoord dat het bedrijf de informatie in dit formulier bewaart om de dienst te leveren en zolang de wet vereist. Ik kan op elk moment vragen om mijn gegevens in te zien, te corrigeren of te verwijderen.

Handtekening van de patiënt

Handtekening specialist

Datum

Sjabloon van agendessa.com. Een startpunt, geen juridisch of medisch advies.