Formularz zgody

Klinika stomatologiczna

Biznes

SZCZEGÓŁY PACJENTA

Pełne imię i nazwisko

Telefon

Email

Data urodzenia

POTWIERDZAM, ŻE

- ☐ Odpowiedziałem dokładnie na pytania medyczne i zgłoszę każdą zmianę.
- ☐ Dentysta wyjaśnił proponowane leczenie, alternatywy, ryzyko i koszt.
- ☐ Zgadzam się na znieczulenie miejscowe, jeśli będzie potrzebne.
- ☐ Mogę wycofać zgodę w każdej chwili przed leczeniem.

Zgadzam się, aby firma przechowywała informacje zawarte w tym formularzu w celu świadczenia usługi i tak długo, jak wymaga tego prawo. Mogę w każdej chwili poprosić o wgląd, korektę lub usunięcie moich danych.

Podpis pacjenta

Podpis specjalisty

Data

Szablon z agendessa.com. Punkt wyjścia, a nie porada prawna lub medyczna.