Formulário de consentimento

Clínica dentária

Nome do negócio

DETALHES DO PACIENTE

Nome completo

Número de telefone

Email

Data de nascimento

CONFIRMO QUE

- ☐ Respondi às perguntas médicas com precisão e informarei qualquer alteração.
- ☐ O dentista explicou o tratamento proposto, as alternativas, os riscos e o custo.
- ☐ Concordo com a anestesia local quando necessário.
- ☐ Posso retirar meu consentimento a qualquer momento antes do tratamento.

Concordo que o negócio mantenha as informações deste formulário para fornecer o serviço e pelo tempo exigido por lei. Posso solicitar ver, corrigir ou excluir meus dados a qualquer momento.

Assinatura do paciente

Assinatura do especialista

Data

Modelo de agendessa.com. Um ponto de partida, não é aconselhamento legal ou médico.