Formulário de consentimento

Clínica dentária

Nome do negócio

DETALHES DO PACIENTE

Nome completo

Número de telemóvel

Email

Data de nascimento

CONFIRMO QUE

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

Concordo que o negócio mantenha a informação deste formulário para prestar o serviço e pelo tempo exigido por lei. Posso pedir para ver, corrigir ou apagar os 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.