Formular de consimțământ

Stomatologie

Afacerea

DATELE PACIENTULUI

Nume și prenume

Telefon

Email

Data nașterii

CONFIRM CĂ

- ☐ Am răspuns corect la întrebările medicale și voi anunța orice schimbare.
- ☐ Medicul mi-a explicat tratamentul propus, alternativele, riscurile și costul.
- ☐ Sunt de acord cu anestezia locală, acolo unde e nevoie.
- ☐ Îmi pot retrage acordul oricând înainte de tratament.

Sunt de acord ca afacerea să păstreze informațiile din acest formular pentru a presta serviciul și atât timp cât cere legea. Pot cere oricând să-mi văd, să-mi corectez sau să-mi șterg datele.

Semnătura pacientului

Semnătura specialistului

Data

Șablon de pe agendessa.com. Un punct de plecare, nu consultanță juridică sau medicală.