Formulár súhlasu

Zubná klinika

Názov firmy

ÚDAJE PACIENTA

Celé meno

Telefónne číslo

Email

Dátum narodenia

POTVRDZUJEM, ŽE

- ☐ Presne som odpovedal na lekárske otázky a nahlásim akúkoľvek zmenu.
- ☐ Zubár vysvetlil navrhovanú liečbu, alternatívy, riziká a náklady.
- ☐ Súhlasím s miestnou anestéziou, kde je to potrebné.
- ☐ Môžem kedykoľvek pred liečbou odvolať svoj súhlas.

Súhlasím, že podnik uchováva informácie v tomto formulári na poskytnutie služby a tak dlho, ako to vyžaduje zákon. Môžem kedykoľvek požiadať o nahliadnutie, opravu alebo vymazanie mojich údajov.

Podpis pacienta

Podpis špecialistu

Dátum

Šablóna z agendessa.com. Východiskový bod, nie právna ani lekárska rada.