Obrazec za soglasje

Zobna klinika

Ime podjetja

PODROBNOSTI PACIENTA

Polno ime

Telefonska številka

E-pošta

Datum rojstva

POTRJUJEM, DA

- ☐ Na medicinska vprašanja sem odgovoril natančno in bom poročal o vsaki spremembi.
- ☐ Zobozdravnik je pojasnil predlagano zdravljenje, alternative, tveganja in stroške.
- ☐ Strinjam se z lokalno anestezijo, kjer je to potrebno.
- ☐ Svoje soglasje lahko kadar koli prekličem pred obravnavo.

Strinjam se, da podjetje hrani informacije v tem obrazcu za zagotavljanje storitve in tako dolgo, kot zahteva zakon. Kadarkoli lahko zahtevam vpogled, popravek ali izbris svojih podatkov.

Podpis pacienta

Podpis specialista

Datum

Predloga z agendessa.com. Začetna točka, ne pravni ali medicinski nasvet.