Formular pëlqimi

Klinikë dentare

Emri i biznesit

DETAJET E PACIENTIT

Emri i plotë

Numri i telefonit

Email

Data e lindjes

KONFIRMOJ QË

- ☐ Kam përgjigjur saktë pyetjeve mjekësore dhe do të raportoj çdo ndryshim.
- ☐ Dentisti shpjegoi trajtimin e propozuar, alternativat, rreziqet dhe koston.
- ☐ Pranoj anestezinë lokale kur është e nevojshme.
- ☐ Mund të tërheq pëlqimin tim në çdo kohë para trajtimit.

Pranoj që biznesi mban informacionin në këtë formular për të ofruar shërbimin dhe për aq kohë sa kërkohet nga ligji. Mund të kërkoj të shoh, korrigjoj ose fshij të dhënat e mia në çdo kohë.

Nënshkrimi i pacientit

Firma e specialistit

Data

Model nga agendessa.com. Një pikënisje, jo këshillë ligjore ose mjekësore.