Obrazac saglasnosti

Stomatološka klinika

Naziv firme

PODACI O PACIJENTU

Puno ime

Broj telefona

Email

Datum rođenja

POTVRĐUJEM DA

- ☐ Tačno sam odgovorio na medicinska pitanja i prijaviću svaku promenu.
- ☐ Stomatolog je objasnio predloženi tretman, alternative, rizike i troškove.
- ☐ Slažem se sa lokalnom anestezijom gde je potrebno.
- ☐ Mogu povući svoju saglasnost u bilo kom trenutku pre tretmana.

Slažem se da poslovanje čuva informacije iz ovog obrasca radi pružanja usluge i onoliko dugo koliko zakon zahteva. Mogu zatražiti da vidim, ispravim ili obrišem svoje podatke u bilo kom trenutku.

Potpis pacijenta

Potpis specijaliste

Datum

Šablon sa agendessa.com. Početna tačka, nije pravni ili medicinski savet.