Samtyckesformulär

Tandklinik

Företagsnamn

PATIENTDETALJER

Fullständigt namn

Telefonnummer

E-post

Födelsedatum

JAG BEKRÄFTAR ATT

- ☐ Jag har svarat på de medicinska frågorna korrekt och kommer att rapportera eventuella förändringar.
- ☐ Tandläkaren förklarade den föreslagna behandlingen, alternativen, riskerna och kostnaden.
- ☐ Jag godkänner lokalbedövning där det behövs.
- ☐ Jag kan återkalla mitt samtycke när som helst före behandlingen.

Jag godkänner att företaget behåller informationen i detta formulär för att tillhandahålla tjänsten och så länge lagen kräver. Jag kan när som helst begära att få se, korrigera eller radera mina uppgifter.

Patientsignatur

Specialistens signatur

Datum

Mall från agendessa.com. En startpunkt, inte juridisk eller medicinsk rådgivning.