Форма згоди

Стоматологічна клініка

Назва бізнесу

ДАНІ ПАЦІЄНТА

Повне ім'я

Номер телефону

Електронна пошта

Дата народження

Я ПІДТВЕРДЖУЮ, ЩО

- ☐ Я точно відповів на медичні питання та повідомлю про будь-які зміни.
- ☐ Стоматолог пояснив запропоноване лікування, альтернативи, ризики та вартість.
- ☐ Я погоджуюсь на місцеву анестезію, якщо це потрібно.
- ☐ Я можу відкликати свою згоду в будь-який час до початку лікування.

Я погоджуюсь, що бізнес зберігає інформацію з цієї форми для надання послуги та стільки, скільки вимагає закон. Я можу попросити переглянути, виправити або видалити мої дані в будь-який час.

Підпис пацієнта

Підпис спеціаліста

Дата

Шаблон з agendessa.com. Вихідна точка, не юридична чи медична порада.