

ORADENT DENTAL CLINIC

ΚΑΥΚΑΣΟΥ 55Β ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΣ, Τ.Κ.: 18121, ΤΗΛ: 2105616853,

EMAIL: info@oradent.gr, www.oradent.gr

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η ΚΑΤΩΘΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ/Η

.....

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ

.....

ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ ΜΟΥ ΚΑΙ ΜΟΥ ΕΞΗΓΗΘΗΚΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΩΣ

1. Η ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.
2. ΟΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ.
3. ΟΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.

ΕΙΜΑΙ ΣΥΜΦΩΝΟΣ/Η ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....

Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ

Ο/Η ΜΑΡΤΥΡΑΣ