

ΜΑΤΘΑΙΟΣ ΠΑΠΑΚΥΡΙΤΣΗΣ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ

Αλέκου Παναγούλη 67 - Νέα Ιωνία - Αθήνα - 14231

Web: www.drpap.eu Mail: drpap@drpap.eu

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ _____ ΚΙΝΗΤΟ _____ MAIL _____
ΠΟΛΗ _____ ΧΩΡΑ _____ Τ.Κ. _____
ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____ ΑΜΚΑ _____ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ _____
ΠΩΣ ΒΡΗΚΑΤΕ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΑΣ _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΜΚΑ _____
ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ?(κυκλώστε το αντίστοιχο)
ΝΑΙ ΟΧΙ
ΕΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ? _____

ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____
Εξουσιοδοτώ τον οδοντίατρο Ματθαίο Παπακυρίτση για την εκτέλεση του ενδεικνυόμενου σχεδίου θεραπείας για την αντιμετώπιση του οδοντιατρικού μου προβλήματος σχεδίου θεραπείας, όπως και για τη χορήγηση κάθε απαιτούμενου φαρμάκου και διαγνωστικών εξετάσεων όπως π.χ. ακτινογραφιών.
Επίσης κατανόησα, όπως μου εξηγήθηκε λεπτομερώς πριν την έναρξη του θεραπευτικού σχεδίου, οποιαδήποτε θεραπευτική πράξη που θα εκτελεστεί από τον θεράποντα ιατρό μου για την επίλυση του οδοντιατρικού μου προβλήματος.
Επιπλέον, δέχομαι οποιαδήποτε τροποποίηση του αρχικού σχεδίου θεραπείας για την αντιμετώπιση απρόβλεπτων ιδιαιτεροτήτων που προέκυψαν κατά την πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας.
Αναλαμβάνω να πληρώσω το συνολικό κόστος του θεραπευτικού σχεδίου όπως αυτό αναλύθηκε γραπτώς και μου εξηγήθηκε και αναλαμβάνω το πιθανόν επιπλέον οικονομικό κόστος που θα προκύψει από τροποποίηση του αρχικού σχεδίου θεραπείας και την αγορά-χρήση των απαραίτητων υλικών.

Ευχαριστώ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____ ΗΜΕΡ. ΓΕΝΗΣΕΩΣ _____

1. Σκοπός της αρχικής επίσκεψης _____

 2. Γνωρίζετε το πρόβλημά σας? _____

 3. Πόσος χρόνος πέρασε από την τελευταία οδοντιατρική σας επίσκεψη? _____

 4. Τι έγινε στην τελευταία σας οδοντιατρική επίσκεψη? _____

 5. Ονοματεπώνυμο προηγούμενου οδοντιάτρου _____

- Διεύθυνση _____ Τηλ _____
6. Πότε έγινε ο τελευταίος καθαρισμός των δοντιών? _____

ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗ ΣΩΣΤΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

7. Κάνετε τακτικούς οδοντιατρικούς ελέγχους? NAI OXI
Πόσο συχνά? _____
8. Ελήφθησαν κάποιες ακτινογραφίες? NAI OXI
9. Έχετε κάνει εξαγωγή κάποιου δοντιού? NAI OXI
Εάν ναι για πιο λόγο?
10. Έχει αντικατασταθεί το δόντι που κάνατε εξαγωγή? NAI OXI
11. Με πιο τρόπο αντικαταστάθηκε?
α. Γέφυρα? _____ Πόσα χρόνια? _____
β. Μερική οδοντοστοιχία? _____ Πόσα χρόνια? _____
γ. Ολική οδοντοστοιχία? _____ Πόσα χρόνια? _____
12. Είστε ευχαριστημένος/η με την προσθετική αποκατάσταση? NAI OXI
Εάν όχι, εξηγήστε γιατί _____
13. Θέλετε να μάθετε περισσότερα για τις μόνιμες αποκαταστάσεις? NAI OXI
14. Είχατε ποτέ προβλήματα ή επιπλοκές με προηγούμενη οδοντιατρική θεραπεία? Εάν ναι, εξηγήστε μας _____
15. Σφίγγετε ή τρίβετε τα δόντια σας? NAI OXI
16. Ακούτε θόρυβο ή ξύσιμο στην άρθρωση της γνάθου όταν μασάτε? NAI OXI

17. Είχατε ποτέ κάποιο πόνο ή δυσφορία στους μύες του προσώπου σας ή μπροστά από τα αυτιά σας? ΝΑΙ ΟΧΙ
18. Έχετε συχνούς πόνους στο κεφάλι, στον αυχένα ή στους ώμους? ΝΑΙ ΟΧΙ
19. Σφηνώνουν τροφές μεταξύ των δοντιών σας? ΝΑΙ ΟΧΙ
20. Είναι κάποιο δόντι σας ευαίσθητο στο ζεστό _____ κρύο _____ γλυκό _____ πίεση _____
21. Ματώνουν ή πονάνε τα ούλα σας? ΝΑΙ ΟΧΙ
Πότε? _____
22. Πόσο συχνά βουρτσίζετε τα δόντια σας? _____ Πότε? _____
23. Χρησιμοποιείτε οδοντικό νήμα? ΝΑΙ ΟΧΙ
Πόσο συχνά? _____
24. Είναι κάποιο δόντι σας χαλαρό, αιχμηρό ή στραβό? ΝΑΙ ΟΧΙ
25. Είστε ευχαριστημένος με την εμφάνιση των δοντιών σας? ΝΑΙ ΟΧΙ
26. Πως αισθάνεστε συνολικά για τα δόντια σας? _____
27. Αισθάνεστε ότι έχετε κακοσμία μερικές φορές? ΝΑΙ ΟΧΙ
28. Κάνετε ποτέ θεραπεία ή χειρουργική στα ούλα σας? ΝΑΙ ΟΧΙ
Τι? _____
Πού? _____
Πότε? _____
29. Έχετε κάνει κάποια ορθοδοντική θεραπεία? ΝΑΙ ΟΧΙ
30. Είχατε ποτέ κάποια δυσάρεστη οδοντιατρική εμπειρία ή υπάρχει κάτι στην οδοντιατρική που δε σας αρέσει καθόλου? _____
31. Έχετε κάποια ερώτηση ή σχόλιο? Εάν ναι γράψτε το παρακάτω.

Πιστοποιώ ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι πλήρεις και ακριβείς.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ _____ ΗΜΕΡ.ΓΕΝΗΣΕΩΣ _____

ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

1. Όνομα οικογενειακού ιατρού _____
Διεύθυνση _____
2. Πότε ήταν η τελευταία σας πλήρης ιατρική εξέταση? _____
3. Παίρνετε κάποια φάρμακα, βιταμίνες ή συμπληρώματα διατροφής? ΝΑΙ ΟΧΙ
Εάν ναι, γράψτε τι _____

- | | | |
|---|-----|-----|
| 4. Είστε αλλεργικός σε κάποια φάρμακα ή ουσίες?
Εάν ναι, γράψτε ποια _____ | NAI | OXI |
| 5. Έχετε άλλες αλλεργίες?
Εάν ναι, γράψτε ποια _____ | NAI | OXI |
| 6. Έχετε κάποια ευαισθησία στην πενικιλίνη, στα αντιβιοτικά, αναισθητικά ή άλλα φάρμακα?
Εάν ναι, γράψτε σε ποια _____ | NAI | OXI |
| 7. Έχετε ευαισθησία σε κάποια μέταλλα ή στο latex? | NAI | OXI |
| 8. Είστε έγκυος ή πιθανόν μπορεί να είστε? | NAI | OXI |
| 9. Τι είδος αντισυλληπτικών χρησιμοποιείτε? Παρακαλούμε γράψτε _____ | | |
| 10. Έχετε ποτέ θεραπευτεί ή έχετε διαγνωσθεί με κάποια καρδιακή πάθηση?
Εάν ναι, γράψτε _____ | NAI | OXI |
| 11. Φοράτε βηματοδότη ή έχετε κάποιο μόσχευμα τεχνητής βαλβίδας?
Εάν ναι, γράψτε _____ | NAI | OXI |
| 12. Έχετε χαμηλή ή υψηλή πίεση?
Γράψτε τι από τις δυο και τι φάρμακα παίρνετε _____ | NAI | OXI |
| 13. Είχατε ποτέ κάποια σοβαρή ασθένεια ή κάποιο σοβαρό χειρουργείο?
Γράψτε τι και πότε _____ | NAI | OXI |
| 14. Κάνατε ποτέ χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία?
Γράψτε τι και πότε _____ | NAI | OXI |
| 15. Πάσχετε από αρθρίτιδα?
Γράψτε τον τύπο και τα φάρμακα που παίρνετε _____ | NAI | OXI |
| 16. Έχετε κάποια τεχνητή άρθρωση/πρόσθεση?
Γράψτε τον τύπο και πότε τα βάλατε _____ | NAI | OXI |
| 17. Έχετε κάποιο αιματολογικό νόσημα όπως αναιμία, λευχαιμία, κλπ?
Εάν ναι, γράψτε _____ | NAI | OXI |
| 18. Έχετε κάποιο πρόβλημα στομάχου?
Εάν ναι, γράψτε τι _____ | NAI | OXI |
| 19. Έχετε κάποιο πρόβλημα με τα νεφρά σας?
Εάν ναι, γράψτε τι _____ | NAI | OXI |
| 20. Έχετε κάποιο πρόβλημα με το ήπαρ (σुकώτι)?
Εάν ναι, γράψτε τι _____ | NAI | OXI |
| 21. Πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη?
Εάν ναι, ποιόν τύπο _____ | NAI | OXI |
| 22. Πάσχετε από άσθμα?
Εάν ναι, γράψτε τα φάρμακα που παίρνετε _____ | NAI | OXI |
| 23. Πάσχετε από επιληψία ή επιληπτικές κρίσεις?
Εάν ναι, γράψτε τα φάρμακα που παίρνετε _____ | NAI | OXI |
| 24. Έχετε ή είχατε κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα? | NAI | OXI |

Παρακαλούμε γράψτε ποιο _____

25. Έχετε διαγνωσθεί θετικός στον ιό HIV? NAI OXI
 Πότε? _____

26. Πάσχετε από κάποια λοιμώδη (μεταδοτική) νόσο? NAI OXI
 Γράψτε ποια _____

27. Πάσχετε ή έχετε διαγνωσθεί θετικός στην ηπατίτιδα? NAI OXI
 Παρακαλούμε γράψτε τον τύπο και πότε _____

28. Πάσχετε ή είχατε νοσήσει από φυματίωση? NAI OXI

29. Καπνίζετε τσιγάρο? NAI OXI Πόσα? _____ Πόσο καιρό? _____

30. Μασάτε καπνό? NAI OXI Τύπο? _____ Πόσο? _____ Πόσο καιρό? _____

31. Πίνετε αλκοολούχα ποτά? NAI OXI
 Εάν ναι, γράψτε ποσότητα: Καθημερινά _____ Εβδομαδιαία _____

32. Χρησιμοποιείτε άλλες ουσίες? NAI OXI
 Εάν ναι, γράψτε ποια και τη συχνότητα λήψης _____

33. Κάνετε κάποια ψυχιατρική θεραπεία? NAI OXI
 Εάν ναι, γράψτε τον τύπο και τα φάρμακα _____

34. Παίρνετε φάρμακα για οστεοπόρωση ή οστεοπενία? NAI OXI
 Εάν ναι, ποια? _____

Πιστοποιώ ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι πλήρεις και ακριβείς

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΜΑΤΘΑΙΟΣ ΠΑΠΑΚΥΡΙΤΣΗΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ

Αλέκου Παναγούλη 67, Νέα Ιωνία, Αθήνα, 14231
 Τηλέφωνο: 210 2779778 – Κινητό: 6973388457
 Web: www.drpap.eu – Mail: drpap@drpap.eu

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Ευχαριστούμε για την επιλογή του ιατρείου μας ως πάροχο οδοντιατρικών υπηρεσιών. Το παρακάτω έγγραφο είναι μια δήλωση της πολιτικής πληρωμών στο ιατρείο μας, την οποία πρέπει να διαβάσετε, να συμφωνήσετε και να υπογράψετε πριν την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας.

*Όλοι οι ασθενείς πρέπει να συμπληρώσουν το έντυπο πληροφοριών ασθενούς πριν την επίσκεψη στο ιατρείο μας και την κλινική εξέταση.

*Η εξόφληση πληρωμής γίνεται τη στιγμή ολοκλήρωσης κάθε οδοντιατρικής πράξης.

Σε περιπτώσεις μεγάλων-σύνθετων οδοντιατρικών θεραπειών θα πρέπει να γίνει

προκαταβολή 50% του συνολικού ποσού του κόστους θεραπείας.

*Η πληρωμή μπορεί να γίνει είτε με μετρητά είτε με πιστωτική κάρτα.

Σε περίπτωση καθυστέρησης πληρωμής, πέρα από τις αναφερόμενες ημερομηνίες ολοκλήρωσης της θεραπείας, μέρους ή του συνολικού κόστους θεραπείας επιβάλλεται ο προβλεπόμενος νόμιμος τραπεζικός τόκος.

Σε περίπτωση άρνησης πληρωμής μέρους ή όλου του ποσού, αρμόδια για την επίλυση της διαφοράς είναι τα αρμόδια δικαστήρια Αθηνών.

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Σχεδόν όλες οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν παρέχουν συμβόλαια οδοντιατρικής κάλυψης. Ελάχιστες προσφέρουν ένα μέρος της κάλυψης του οικονομικού κόστους των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Εάν κάποιος/α ασθενής μας έχει ιδιωτικό συμβόλαιο οδοντιατρικής κάλυψης, εμείς δεσμευόμαστε να συντάξουμε τη σχετική έκθεση και να συμπληρώσουμε τα παρεχόμενα έντυπα της ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας προκειμένου ο/η ασθενής μας εισπράξει τα καλυπτόμενα από το συμβόλαιο ποσά.

Συνεπώς, η πληρωμή των παρεχόμενων υπηρεσιών στο ιατρείο μας γίνεται σύμφωνα με τα αναφερόμενα παραπάνω από τον/την ασθενή μας και αυτός/ή θα διεκδικήσει αυτά από την ιδιωτική ασφαλιστική του/της εταιρεία.

Στον διακανονισμό μεταξύ ασθενών μας και ασφαλιστικής εταιρείας δεν έχουμε καμία εμπλοκή ούτε αρμοδιότητα.

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΡΑΝΤΕΒΟΥ

Είναι αντιληπτό ότι η αυστηρή τήρηση των ραντεβού εξυπηρετεί τόσο τις λειτουργικές ανάγκες του ιατρείου μας όσο και εκείνες του συνόλου των ασθενών.

Γι' αυτό το λόγο, η ακύρωση ενός ραντεβού γίνεται 48 ώρες πριν την ημέρα και ώρα του προγραμματισμένου ραντεβού.

Ευχαριστούμε για την κατανόηση και την συναίνεση στην παραπάνω αναφερόμενη πολιτική λειτουργίας του ιατρείου μας. Παρακαλούμε ενημερώστε μας για οποιαδήποτε ερώτηση ή σχόλιο.

Έχω διαβάσει, κατανοήσει και συμφωνήσει με την αναφερόμενη παραπάνω πολιτική του ιατρείου.

Ονοματεπώνυμο ασθενούς ή υπεύθυνου ατόμου (σε περίπτωση ανηλίκου ή ατόμου με ειδικές ανάγκες)

_____ Ημερομηνία _____

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ & ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

(σύμφωνα με τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ)

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ : ΜΑΤΘΑΙΟΣ ΠΑΠΑΚΥΡΙΤΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΑΛΕΚΟΥ ΠΑΝΑΓΟΥΛΗ 67, ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ, ΑΘΗΝΑ, 14231
E- MAIL : drpap@drpap.eu ΤΗΛ : 210 2779778

ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

ΣΚΟΠΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κατά την προσέλευσή σας στο οδοντιατρείο και πριν την έναρξη παροχής των υπηρεσιών σας, συλλέγουμε τις εξής πληροφορίες:

Το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο την ηλικία, το επάγγελμα, την διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο (π.χ. ΑΜΚΑ, ΑΦΜ, τηλ. επικοινωνίας), που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, τα ενοχλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, τη πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση, ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.

Η τήρηση των πληροφοριών αυτών, οι οποίες επικαιροποιούνται, σε κάθε επίσκεψη, αποτελεί νόμιμη υποχρέωση του οδοντιάτρου, σύμφωνα με το άρθρο 12 του ΠΔ 39/2009 και διατηρούνται για δέκα (10) χρόνια από την τελευταία επίσκεψή σας. Αποτελεί δε και συμβατική υποχρέωση στα πλαίσια της συμφωνίας μας για την παροχή των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Η επεξεργασία είναι αναγκαία ιδίως, για την εξακρίβωση της ταυτότητας σας, τη δυνατότητα επικοινωνίας, την έκδοση φορολογικών παραστατικών, των αναγκών παροχής των υπηρεσιών και παρακολούθηση της πορείας της υγείας σας.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σας ενημερώνουμε ότι έχετε δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, αντίταξης της επεξεργασίας, φορητότητας των δεδομένων, υποβολή καταγγελίας στην εποπτική αρχή, σύμφωνα με τα άρθρα 15-22 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR).

Για να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας εγγράφως, με επιστολή στην ταχυδρομική διεύθυνση: Αλέκου Παναγούλη 67, Νέα Ιωνία, Αθήνα, 14231 ή με email στην ηλεκτρονική διεύθυνση drpap@drpap.eu.

Εποπτική Αρχή είναι η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3, Αθήνα).

ΔΙΑΒΙΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η πρόσβαση στο αρχείο δεν είναι δυνατή σε τρίτους, πλην των, κατ' εξαίρεση, περιπτώσεων που προβλέπονται ρητά από την κείμενη νομοθεσία.

Περαιτέρω και αποκλειστικά για τις ανάγκες της θεραπείας σας θα σας αποστέλλονται μηνύματα τηλεφωνικά ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ενημερωτικά της κατάστασής σας ή για υπενθύμιση περιοδικού ελέγχου, ενώ προσωπικά στοιχεία σας, δύνανται να επεξεργαστούν συνεργάτες του οδοντιατρείου (οδοντίατροι, διαγνωστικά εργαστήρια, οδοντοτεχνίτες) χωρίς να απαιτείται προηγούμενα ειδική ενημέρωσή σας.

Οι τρίτοι στους οποίους διαβιβάζονται τα προσωπικά σας στοιχεία δεν δικαιούνται να κάνουν χρήση για άλλους σκοπούς.

Παράλληλα, ισχύει και το οδοντιατρικό απόρρητο.

Αθήνα,

Ημερομηνία _____

Έλαβα γνώση και συναινώ

Ο ασθενής

Όνοματεπώνυμο _____

Πλήρης διεύθυνση _____

Τηλέφωνο _____

Υπογραφή _____

ΜΑΤΘΑΙΟΣ ΠΑΠΑΚΥΡΙΤΣΗΣ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ

Αλέκου Παναγούλη 67 – Νέα Ιωνία – Αθήνα – 14231

Web: www.drpap.eu Mail: drpap@drpap.eu