



EVONNE W. HWANG, D.D.S.

H & N DENTAL CARE, PLLC
39-10 MAIN STREET, SUITE 301
FLUSHING, NEW YORK 11354
TELEPHONE 718-939-8800

治療同意書

我藉此授權黃文柔醫師或其聘請醫師為以下病人 _____
做任何必要的牙科護理。我授權予醫師為病人進行麻醉和止痛，以及在
診斷和治療過程中做適當或必要的手術。醫生已解釋了有關麻醉劑和其
它藥物和治療項目可能引發的負面影響。我亦有充分的機會詢問有關問
題。

簽名： _____ 日期： _____
(病人或家長/ 監護人)