

Информированное добровольное согласие на консультацию врача-стоматолога

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала консультативного приема.

Я _____, обращаюсь за консультативно-диагностическими
(фамилия, имя, отчество пациента)

медицинскими услугами по стоматологии. Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения. Я проинформирован (а) врачом об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на ее проведение, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: « _____ » _____ 20 г.

АО «Бланкиздат», а5, (595), 05-23, т. 500, тел. 78-38-76