

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОСМОТРА И КОНСУЛЬТАЦИЮ

Я, <КЛИЕНТ_ПЛАТ>,

действуя в интересах <КЛИЕНТ_ФИО> <КЛИЕНТ_ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г.р., добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО «ЮТЭЛИ», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии здоровья моего ребёнка и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта, диагностики и назначения предварительного плана лечения, для возможности врача согласовать этот план со мной.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости аппаратов, общем состоянии здоровья моего ребёнка, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о здоровье моего ребёнка.

С прейскурантом ознакомлен(а).

Пациент _____ (<КЛИЕНТ_ПЛАТ>).

« ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____).

« ____ » _____ 20__ г.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Пациент _____ (<КЛИЕНТ_ПЛАТ>).

« ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____).

« ____ » _____ 20__ г.

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____ (<КЛИЕНТ_ПЛАТ>).

« ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____).

« ____ » _____ 20__ г.