

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОСМОТРА И КОНСУЛЬТАЦИЮ

Я, <КЛИЕНТ_ФИО>,

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО «ЮТЭЛИ», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья 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 моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моем здоровье.

С прейскурантом ознакомлен.

Пациент _____ (<КЛИЕНТ_ФИО>).

« ____ » _____ 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_ФИО>).

« ____ » _____ 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_ФИО>).

« ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____).

« ____ » _____ 20__ г.