

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЮ

Я, _____,
(ФИО полностью)

действуя в интересах _____ год рождения
для несовершеннолетних, недееспособных

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО «Санте» и полностью предоставляю имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья (здоровья моего подопечного) и соглашаюсь на проведение специалистами медицинской организации предварительной диагностики состояния органов полости рта и челюстно лицевой области, проведение осмотра полости рта, исследования, включая рентгенологические;

При показаниях, соглашаюсь провести контролируемую чистку зубов, профессиональную гигиену полости рта; составить и согласовать план лечения, при выявлении у меня стоматологических заболеваний.

С прейскурантом цен, правилами оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях в стоматологической клинике ООО «Санте» ознакомлен(а)

«___» _____ 20___ г.

Пациент _____ (_____)

Врач _____