

**Информированное добровольное согласие пациента
на проведении консультации врача-стоматолога**

« ____ » _____ 202__ г.

Я, _____,
(Ф.И.О., год рождения) заполняется собственноручно пациентом или его законным представителем
(законный представитель) _____

(ФИО несовершеннолетнего)

в соответствии со ст. 20, 21, 22 и 23 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ уполномочиваю врача **ООО «Семейная стоматология»** осуществить **консультативный прием.**

Я обязуюсь сообщить врачу обо всех перенесенных мной (представляемым лицом) хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем, я обязуюсь сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат лечения зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а так же анатомических особенностей организма. Я подтверждаю, что добросовестно отвечаю на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Консультативный прием включает в себя сбор анамнеза (опрос), а также осмотр состояния десен и зубов. По результатам консультации доктор может назначить проведение дополнительных обследований, цель, характер, ход и объем которых мне разъяснены.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения я доверяю лечащему врачу.

Я обязуюсь соблюдать (обеспечить представляемым лицом соблюдение) рекомендации и назначения врача. Мне известно, что несоблюдение мною (представляемым лицом) предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, может неблагоприятно сказаться на здоровье, что может способствовать ухудшению общего состояния.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы задам мной моему лечащему врачу, и я даю добровольное информированное согласие на проведение мне (представляемому лицу) консультации врача-стоматолога.

Подпись пациента: _____ Расшифровка подписи: _____

Подпись врача: _____ Расшифровка подписи: _____
