

**Информированное добровольное согласие на
консультацию врача – стоматолога**

г. Бердянск

{ТекущаяДата}г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 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.

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, обращаюсь за консультативно-диагностическими медицинскими услугами по стоматологии.
2. Я согласен(а) на рентгенологическое обследование.
3. Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения.
4. Я проинформирован(а) врачом об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на ее проведение, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента

Подпись врача

_____ / {ФамилияИО} /

_____ /{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}