

Приложение к медицинской карте № _____
Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство
(основание ст. ст. 24, 30, 31, 32, 33, 34 и 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Форма 49

Я _____, в дальнейшем
(Фамилия, Имя, Отчество Пациента или его законного представителя полностью)
(Пациент) находясь на консультации в ООО «Орто+», даю свое добровольное согласие,
врачу _____ далее (лечащий
врач) на проведение консультационного обследования.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза указал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы лечащего врача, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Дополнительных условий мною не выдвигаются.

Я даю свое согласие на проведение фотосъёмки, видеосъёмки, проведение рентгеновских исследований для улучшения качества диагностики и анализа хода манипуляции. Возможно, по результатам обследования потребуется проведение дополнительных диагностических, лечебных или коррекционных процедур.

Мне сообщена информация о том, что я имею возможность задавать все интересующие меня вопросы и получать исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

В случае согласия на дальнейшее лечение в ООО «Орто+», я обязуюсь выполнять все рекомендации данные мне лечащим врачом, о чем письменно своей подписью подтверждаю в бланке «Уведомление о соблюдении рекомендаций».

**На указанных условиях и в соответствующем им порядке, я понимаю и подтверждаю
свое согласие на проведение консультации в ООО «Орто+».**

Подпись пациента: _____
(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: _____

Расшифровка подписи

Расшифровка подписи

от «___» _____ 201__ г.