ООО ЛЕЧЕБНЫЙ ЦЕНТР «ДЕНТАЛ СПА ПЛЮС»

Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на проведение осмотра-консультации.**

 Этотдокумент свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.№ 20 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.

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, обращаюсь за консультативно-диагностическими

(фамилия, имя, отчество пациента)

медицинскими услугами по **стоматологии.** Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения в ООО ЛЕЧЕБНЫЙ ЦЕНТР «ДЕНТАЛ СПА ПЛЮС». Я проинформирован(а) врачом об особенностях и стоимости предстоящей консультации и даю свое согласие на ее проведение, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись)                                                                (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(подпись)                                                             (расшифровка подписи)

Дата:   «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202  г.