

ООО «ЮВИ Клиника»
ОГРН 1225900002811 ИНН 5902062526
КПП 590201001 614000, г. Пермь,
ул. Екатерининская, д. 55Б
Тел. + 7 (342) 2 – 919 – 414
Почта: info@uvclinic.ru



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на осмотр и консультацию врача-стоматолога

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я _____ (ФИО законного представителя), соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство (осмотр, сбор анамнеза, диагностику, ортодонтический осмотр) пациенту _____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительском падеже).

Осмотр проводит врач-стоматолог _____ и др. врачи Исполнителя.

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем медицинском вмешательстве. Я предоставляю, имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.