

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



**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА КОНСУЛЬТАЦИЮ ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА**

Я, гр. _____ «Пациент»,
(ФИО полностью)

либо Законный представитель пациента _____
(ФИО полностью)

в соответствии с требованием статьи 20 ФЗ от 21.01.2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», обращаюсь за консультативно – диагностическими медицинскими услугами стоматологии. Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения. Я проинформирован(а) врачом об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на ее проведение, о чем расписываюсь собственноручно.

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Я разрешаю передать информацию о моем нахождении на лечении и состоянии моего здоровья следующим лицам:

Я также даю согласие на обработку и передачу персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1, 3. ст., ст. 11 Федерального закона «152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

(ФИО полностью пациента или законного представителя)

(Подпись)

(ФИО врача)

(Подпись)

Дата: « ___ » _____ 20 ___ г.

Примечание: при приеме лиц до 18 лет (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.