

**Информированное добровольное согласие
Консультация врача — стоматолога**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона № 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. Я проинформирован(а) врачом об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на ее проведение, о чем расписываюсь собственноручно.

Предоставляю ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» право осуществления фото- и видеофиксации, диагностики, консультации, лечения и оперативного вмешательства безвозмездно и без ограничений времени использования моего фото- и видеоизображения.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: ____ . ____ . ____ г.