

Информированное согласие на проведение консультации

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" _____ " _____ г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" _____ " _____ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю добровольное согласие на проведение мне, лицу, законным представителем которого я являюсь.

консультации врачом *(должность, Ф.И.О. врача)

Для постановки правильного и обоснованного диагноза я соглашаюсь на проведение:

- Опроса с целью выявления жалоб, сбора информации о состоянии здоровья ;
- Осмотра полости рта;
- Диагностических мероприятий, в т.ч. рентгенологического исследования.

Я понимаю и даю согласие, что, в случае необходимости/ по возможности, врач может пригласить /направить меня к врачу другой специальности для проведения расширенной дополнительной консультации и получения более объективной информации.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех имеющихся у меня /представляемого лица/ известных мне проблемах со здоровьем, о результатах ранее проведенных обследований и лечений, индивидуальной непереносимости и аллергических реакциях на лекарственные средства.

Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, /здоровья представляемого лица/, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов диагностики и лечения.

Я даю свое согласие на проведение консультации, о чем расписываюсь собственноручно.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которым в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Подпись (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

* Подпись (Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) врача)

Дата _____