



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ
(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ПРОВЕДЕНИЕ СВОЕМУ РЕБЕНКУ (ПОДОПЕЧНОМУ) ДО 15 ЛЕТ
МЕДИЦИНСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕБНОГО, ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество представителя)

являясь законным представителем ребенка \Patient\

(фамилия, имя, отчество

ребенка до 15 лет)

проинформирован(а) о состоянии здоровья ребенка и поставленном ему диагнозе _____.

(диагноз)

Я понимаю необходимость проведения лечения. Я получила(а) подробные объяснения по поводу заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я соглашаюсь на проведение моему ребенку (подопечному) следующего лечения: _____.

_____ (наименование манипуляций, этапов лечения, заполняется лечащим врачом)

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе и других документах, заполненных на имя моего ребенка (подопечного) в Клинике.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечения моему ребенку на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно данным документе и других документах от имени моего ребенка (подопечного) в Клинике.

Подпись представителя: _____ / _____ /
(подпись представителя)

(ФИО полностью)

Подпись врача: _____ / _____ /
(подпись врача)

(ФИО)

Дата « ____ » _____ 20__ г