

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

"....." 2021 г.

Я..... (Фамилия И.О.),

«...» ..... г.р., зарегистрированный по адресу:

являющийся(ая) законным представителем \_\_\_\_\_

даю свое согласие на виды медицинских вмешательств, а именно: термометрия, тонометрия, пульсоксиметрия проводимых в ООО «Стоматологическая Клиника СТВОЛЫГИН» лицу, законным представителем которого я являюсь. До дачи настоящего добровольного информированного согласия я предоставил медицинскому работнику всю имеющуюся информацию на сегодняшний день о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели проведения данных манипуляций.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Подпись законного представителя ..... (Фамилия И.О.)

Подпись врача..... (Фамилия И.О.)

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

"....." 2021 г.

Я..... (Фамилия И.О.),

«...» ..... г.р., зарегистрированный по адресу:

являющийся(ая) законным представителем \_\_\_\_\_

даю свое согласие на виды медицинских вмешательств, а именно: термометрия, тонометрия, пульсоксиметрия проводимых в ООО «Стоматологическая Клиника СТВОЛЫГИН» лицу, законным представителем которого я являюсь. До дачи настоящего добровольного информированного согласия я предоставил медицинскому работнику всю имеющуюся информацию на сегодняшний день о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели проведения данных манипуляций.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Подпись законного представителя ..... (Фамилия И.О.)

Подпись врача..... (Фамилия И.О.)

t пац. \_\_\_\_\_ t \_\_\_\_\_ t \_\_\_\_\_ t \_\_\_\_\_

### Анкета

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021г.

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Ответьте **ДА** или **НЕТ**

1. Посещали ли вы в течение 14 дней до появления первых симптомов эпидемически неблагополучные по COVID 19 страны и регионы: КНР, Италию, Южную Корею, Иран, Францию, Германию, Испанию, США, Великобританию, Белоруссию, Украину, Молдову, Хорватию, Сербию, Албанию, Северную Ирландию, Македонию, Черногорию, и все государства — члены Евросоюза? \_\_\_\_\_
2. Контактывали ли вы в последние 14 дней с лицами, у кого диагноз лабораторно подтвержден или есть подозрение на него? \_\_\_\_\_

t пац. \_\_\_\_\_ t \_\_\_\_\_ t \_\_\_\_\_ t \_\_\_\_\_

### Анкета

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021г.

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Ответьте **ДА** или **НЕТ**

1. Посещали ли вы в течение 14 дней до появления первых симптомов эпидемически неблагополучные по COVID 19 страны и регионы: КНР, Италию, Южную Корею, Иран, Францию, Германию, Испанию, США, Великобританию, Белоруссию, Украину, Молдову, Хорватию, Сербию, Албанию, Северную Ирландию, Македонию, Черногорию, и все государства — члены Евросоюза? \_\_\_\_\_
2. Контактывали ли вы в последние 14 дней с лицами, у кого диагноз лабораторно подтвержден или есть подозрение на него? \_\_\_\_\_