

**Информированное согласие на проведение
первичного стоматологического осмотра**

Я, _____
(Ф.И.О. пациента, год рождения)

информирован о том, что:

- данная услуга оказывается мне безвозмездно и не входит в перечень платных стоматологических услуг ООО «МИСТЕРИЯ-ЛЭНД»,
- осмотр проводит стоматолог-ортопед, при необходимости, привлекая к осмотру стоматологов терапевтического и хирургического профиля,
- осмотр врачи проводят в стерильных одноразовых медицинских перчатках стерильными инструментами, поэтому возможность заражения парентеральными инфекциями исключена,
- осмотр проводится непосредственно в открытой ротовой полости, он не связан с инвазивным вмешательством.
- в процессе осмотра возможны незначительные болевые ощущения.

До осмотра я должен предупредить стоматолога о том, были ли у меня в прошлом переломы и вывихи нижней челюсти.

Я даю согласие врачам-стоматологам ООО «МИСТЕРИЯ-ЛЭНД» на проведение мне данной медицинской услуги.

Пациент _____

Дата _____