**Сведения, предоставленные** мною,

(фамилия, имя, отчество пациента, либо законного представителя, либо супруга (ги), либо близкого родственника)

врачу (фамилия, имя, отчество врача)

о причине обращения и состояния общего здоровья у ,

(меня, моего супруга (ги), либо близкого родственника (фамилия, имя, отчество)

с моих слов указаны верно.

Мне в доступной и понятной для меня форме предоставлена полная информация о:

- результатах обследования;

- состоянии стоматологического здоровья;

- наличие заболевания;

- предварительном диагнозе и прогнозе заболевания.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие вопросы и получить необходимую исчерпывающую информацию.

С общим планом лечения ознакомлен (а), согласен (согласна).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | (подпись пациента, либо законного представителя,  либо супруга (ги), либо близкого родственника) |