

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК
«АКУЛА»»**

Медична карта №

**Інформована згода
на попередній огляд та консультацію**

Я, фізична особа, яка беззастережно прийняла (акцептувала) умови, викладені в цьому договорі, добровільно звертаюся за медичною допомогою до Центру та надаю повну відому мені інформацію про стан мого здоров'я.

Я погоджуюся на проведення огляду порожнини рота, маніпуляцій та досліджень (включаючи рентгенологічні) для отримання максимально повної картини стану моєї зубощелепної системи в цілому і окремих зубів зокрема.

Я згоден (на) на складання попереднього плану лікування. З прейскурантом ознайомлений (на).

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру моїх персональних даних, у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.