

Приложение 4 к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от «___» _____ 2020 года № _____

**Согласие на получение медицинской помощи по профилю «стоматология»
в плановой форме в амбулаторных условиях в период повышенной
заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией COVID-19**

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Полное наименование ГАУЗ, ГБУЗ, адрес

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

«___» _____ г. рождения, проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина)

(мобильный телефон гражданина)
в соответствии с ч. 2 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах
охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(-а) медицинским
работником _____

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

**о необходимости оказания мне (гражданину, законным представителем
которого я являюсь (_____)**

указать ФИО гражданина

**о необходимости оказания медицинской помощи по профилю «стоматология»
в плановой форме в амбулаторных условиях в период повышенной
заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией COVID-19.**

**О рисках получения медицинской помощи с учётом сложившейся
санитарно-эпидемиологической обстановки проинформирован врачом. На
получение медицинской помощи в предложенном объёме согласен.**

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина, законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

«___» _____ г.
(дата оформления)