

Информированное согласие

с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи по профилю "стоматология" при выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)  
дата рождения "\_\_\_" \_\_\_\_\_ года,  
подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-специалистов и количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю "стоматология" только к одной медицинской организации.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

г.

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)