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

ООО «Авторская стоматология Терновых»

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 ноября 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)*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.*(дата оформления)*