

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 по профилю «стоматология» в неотложной и плановой формах, в том числе порядок получения направления в другие медицинские организации для оказания мне бесплатно первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» 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.

_____ 20 ____ г.
(дата согласия)

(подпись)

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

(подпись)

(Ф. И. О. сотрудника МО, проводившего информирование)