

**Согласие на получение ребенком 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)

Являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

в соответствии с ч.2 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован (-а) медицинским работником

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

о необходимости оказания ребенку 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 учетом сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки проинформирован врачом. На получение медицинской помощи в предложенном объеме согласен.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

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