

Приложение 4 к приказу Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от «01» 06 2020 года № 573

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)