

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

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДА МОСКВЫ
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Детская стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы»

Я, _____
(ФИО 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 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован (а) медицинским работником _____

ФИО, 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 учетом сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки проинформирован врачом. На получение медицинской помощи в предложенном объеме согласен.

(подпись) (ФИО гражданина, законного представителя гражданина)

(подпись) (ФИО медицинского работника)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)

Форма

Эпидемиологическая анкета стоматологического пациента

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество (при наличии): _____

Дата рождения

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Адрес фактического проживания: _____

(населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)

Номер телефона

+											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Уважаемый пациент, в связи с развитием неблагоприятной санитарно — эпидемиологической обстановки и в целях реализации постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.03.2020 № 7 просим Вас ответить на вопросы:

	ДА	НЕТ
Была ли у вас повышенная температура за последние 14 дней?		
Были ли у вас симптомы респираторного заболевания, такие как кашель, или затрудненное дыхание в течение последних 14 дней?		
Вы выезжали за пределы Российской Федерации в течение последних 14 дней?		
Вы контактировали с человеком, которому был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19?		
Вы общались с человеком, который приехал из-за границы в течение последних 14 дней?		
Вы находитесь в режиме изоляции (карантине) по контакту с больным COVID-19?		

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

подтверждаю полноту и достоверность представленных мною данных.
Об ответственности, связанной с представлением мною в настоящей анкете заведомо ложной информации, предупрежден.

Дата: «__» _____ 2020 г. Подпись пациента: _____