|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу  Стоматологической клиники «Улыбка.РФ»  Федоричеву А.О.  от пациента (законного представителя пациента)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО пациента/законного представителя , дата рождения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес проживания, номер телефона)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

Заявление.

Настоящим я подтверждаю, что проинформирован(а), что коронавирус- COVID-19 внесен в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (Постановление Правительства РФ от 31 января 2020 года № 66). Мне разъяснены и понятны меры предосторожности от заражения коронавирусом 2019-nCoV.

Мне известно, что в соответствии с Российским законодательством за распространение болезней из этого списка предусмотрена ответственность, в том числе уголовная ст. 236, ст. 237 УК РФ.

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с положением п.3.2 Указа Губернатора Нижегородской области №50 от 03.04.2020г., согласно которому медицинская стоматологическая помощь в настоящее время оказывается при заболеваниях и состояниях, требующих оказания стоматологической помощи в экстренной или неотложной форме.

Я понимаю, что в соответствии со ст.32 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" под неотложной медицинской помощи понимается - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Настоящим я прошу в связи с имеющимися у меня / пациента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента, дата рождения)

жалобами оказать стоматологическую помощь (стоматологические медицинские услуги).

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись пациента (законного представителя) ФИО пациента (законного представителя)