

Направление на оказание
стоматологической помощи на дому
(срок действия справки до 7 дней)

№ п/п	Информация	Кем заполняется	Данные
1.	ФИО пациента	УТ <*>	
2.	Год рождения пациента	УТ	
3.	Адрес проживания	УТ	
4.	Телефон пациента	УТ	
5.	Социальный статус (группа инвалидности, состояние после перенесенной травмы и т.д.)	УТ	
6.	Номер полиса ОМС	УТ	
7.	Соматический статус на момент осмотра с обязательным указанием аллергоанамнеза	УТ	
8.	ФИО участкового врача-терапевта	УТ	
9.	Дата предоставления стоматологической услуги	СТ <***>	
10.	ФИО врача-стоматолога	СТ	
11.	Информированное добровольное согласие пациента на оказание стоматологической помощи с предоставлением пациенту информации о возможных вариантах медицинского вмешательства, связанном с ними риске, их последствиях и результатах проведенного лечения		подпись пациента (либо его законного представителя) _____ дата

<*> УТ - участковый врач-терапевт.

<***> СТ - врач-стоматолог.

Подпись участкового врача-терапевта _____

МП