Заявка на оказание медицинской помощи пациенту с РАС

ФИО ребенка

Дата рождения

Место жительства

ФИО законного представителя, контактный телефон \_\_\_\_\_\_

Дата и цель посещения поликлиники (осмотра на дому) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Характер и объем требуемой медицинской помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие пациента или его законного представителя на оказание медицинской помощи (проведение простого медицинского вмешательства)

(согласен/не согласен)