****

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА**

{{createdAt}}

(дата заполнения)

Фамилия, имя, отчество пациента {{fullName}}

Число, месяц, год рождения {{dateOfBirth}} {{gender}} Пол

ненужное зачеркнуть

Адрес постоянной (временной) регистрации {{address}}

Номер контактного телефона {{phone}}

Социальное положение (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы (службы, учебы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С правилами внутреннего распорядка для пациентов ознакомлен:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ {{fioShort}}*

(подпись) (ф.и.о.)