|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование медицинской организации:**  ${entitiesName}  **Адрес:** ${entitiesAddressUr}   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **${og0}** | **${og1}** | **${og2}** | **${og3}** | **${og4}** | **${og5}** | **${og6}** | **${og7}** | **${og8}** | **${og9}** | **${og10}** | **${og11}** | **${og12}** |   **ОГРН:** | Код формы по ОКУД  Код организации по ОКПО ${entitiesOKPO}  Медицинская документация  Учётная форма №\_043/у  Утверждена Минздравом СССР  04.10.80 г. № 1030 |

Медицинская карта стоматологического пациента

***Особые*** *отметки*

**№ ${nak}** *Дата заполнения:* ${d} ${monthrp} ${year} г.

1. Фамилия Имя Отчество: ${clientLN} ${clientFN} ${clientMN}

Дата рождения: ${clientBD}

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |

СНИЛС:

1. Адрес регистрации: ${clientsPassportsRegistration}
2. Фактический адрес места жительства: ${clientsPassportsResidence}
3. Телефон:
4. Электронная почта:
5. Документ, удостоверяющий личность: Паспорт №${clientsPN} выдан ${clientsPD} , дата выдачи ${clientsPassportsDate}
6. Страховая организация:
7. Полис: ОМС: серия №

ДМС: серия №

1. Код категории льготы:
2. К кому обращаться в случае необходимости

Ф.И.О.:

Телефон:

1. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств:

Получено (да, нет): Дата: г.