**Наименование медицинской организации:**  Код формы по ОКУД

Общество с ограниченной ответственностью "Вита плюс"

**Адрес:**

197110, г. Санкт-Петербург, Большая Зеленина, д.8, корп.2, литера А

**ОГРН:**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 1 | 9 | 7 | 8 | 4 | 7 | 0 | 8 | 2 | 4 | 4 | 3 |

Код организации по ОКПО 40681524

Медицинская документация Учётная форма №\_043/у

приказом Минздрава России

\_\_\_\_\_\_г. №

УтвержденаУтверждена Минздравом СССР

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. № 1030

Медицинская карта стоматологического пациента

***Особые*** *отметки*

**№ {НомерКарты}** *Дата заполнения:* {ДатаПервогоПриема} г.

*число месяц год*

1. **Фамилия Имя Отчество:****{ФамилияИмяОтчество}** *Пол:* **М Ж**

*Дата рождения:* **{ДатаРождения}**

*число месяц год*

*СНИЛС:* **- -**

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

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

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

1. **Адрес регистрации:** {Адрес}
2. **Фактический адрес места жительства:** {Адрес}
3. **Телефон:** {МобТелефон}
4. **Электронная почта:**
5. **Документ, удостоверяющий личность:**

{Паспорт}

1. **Страховая организация:**
2. **Полис: ОМС:** с*ерия №*

**ДМС:** с*ерия №*

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.