Заявка на оказание ситуационной помощи

ФИО ребенка

Дата рождения

Место жительства

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

Дата и цель посещения поликлиники\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Характер и объем требуемой ситуационной помощи (с учетом имеющихся нарушенных функций)

Согласие пациента или его законного представителя на оказание ситуационной помощи

(согласен/не согласен)