

Приложение 6  
к Порядку прикрепления и учета граждан,  
застрахованных по ОМС на территории города Москвы,  
к медицинским организациям, участвующим в  
реализации Территориальной программы обязательного  
медицинского страхования, оказывающим первичную  
медико-санитарную помощь, а также первичную  
медико-санитарную помощь по профилю  
«стоматология», применяющих способ оплаты  
медицинской помощи по подушевому нормативу  
финансирования на прикрепившихся лиц

**Информированное согласие  
с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи по  
профилю «стоматология» при выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)  
дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей специалистов и количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» только к одной медицинской организации.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф. И. О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)