

## Заявление

на проведение неотложной стоматологической помощи

Дата визита: \_\_\_\_\_

Я (ФИО) \_\_\_\_\_

### свидетельствую, что:

в течение последних 14 дней:

- не возвращался из путешествия или командировки;
- не имел контакта с лицами, имеющими подтвержденную коронавирусную инфекцию;
- на момент приема не имею повышенной температуры тела;
- не чувствую никаких признаков простудных заболеваний (тяжело дышать; есть резь в горле и сухой кашель; накатывает ужасная усталость; больно глотать и чихать; сильно болит голова; возникла боль в мышцах; озноб)

Прошу оказать мне в условиях ограниченного приема медицинскую помощь согласно медицинским показаниям стоматологического профиля во избежание ухудшения состояния моего здоровья.

Пациент \_\_\_\_\_

ООО Жемчужинка, 8(800) 201-45-25  
created with CRM UnoDenta ©2013 UnoDenta.com

