



УТВЕРЖДАЮ:  
Директор ООО «Стоматология Улыбка Тари»



О.П.Василинич

2023 г.

## **ПРАВИЛА ЗАПИСИ НА ПЕРВИЧНЫЙ ПРИЕМ**

### **ВАЖНО!!!**

При себе необходимо иметь:

- Документ, удостоверяющий личность - паспорт (согласно подпунктов в), г) пункта 23 Постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг)
- свидетельство о рождении (если на прием записан несовершеннолетний до 14 лет)
- СНИЛС (необходим в случае оформления электронной медицинской карты и передачи сведений в ЕГИСЗ).

Обязательным условием при обращении детей в сопровождении лиц, не являющихся законными представителями, является доверенность законного представителя (Приложение № 1 к настоящим Правилам).

### **Правила записи к специалистам**

На прием к врачу-стоматологу любой специализации Вы можете записаться в любое время, независимо от места жительства:

- по телефонам: +7 (391) 219-05-95, +7 (391) 219-22-44
- по адресам: г. Красноярск, ул. Академика Павлова, 44,  
пр. Красноярский Рабочий, 154
- через интернет-ресурсы: оставить заявку на сайте <https://24smile.ru/>, с Вами свяжется администратор стоматологии и предложит варианты записи.

В день приема перед посещением врача Вам необходимо обратиться в клинику за 15 минут до начала приема для оформления документации.

Пациентам с «острой» болью медицинская стоматологическая помощь оказывается в день обращения, независимо от места жительства пациента и наличия страхового медицинского полиса.



**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ**

**Доверенность**

*на предоставление интересов законного представителя ребенка  
не достигшего 15 лет*

г. Красноярск « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, Ф.И.О. (мать, отец) \_\_\_\_\_

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

**Доверяю:** \_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. сопровождающего полностью, дата рождения)*

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

**Представлять интересы моего ребенка в ООО «Стоматология Улыбка Тари» (мою дочь, моего сына)**

*(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)*

Свидетельство о рождении \_\_\_\_\_

*(№ свидетельства, кем выдано)*

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моего ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Получать полную и достоверную информацию, как на приеме, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из неё.
5. Нести ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка.
6. Оплачивать лечение ребенка, подписывать акты стоматологических услуг, квитанции об оплате.

Доверенность выдана на 1 год без права передоверия с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_

Ф.И.О. полностью родителя \_\_\_\_\_

Подпись родителя / \_\_\_\_\_ /

Ф.И.О. доверенного лица \_\_\_\_\_

Подпись доверенного лица / \_\_\_\_\_ /