



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 18.08.2023

г. Мурманск

№ 556

**Об утверждении формы справки о наличии медицинских показаний к
зубопротезированию**

В целях реализации постановления Правительства Мурманской области от 11.08.2023 № 582-ПП «Об утверждении положения о возмещении расходов на изготовление зубных ортопедических конструкций любой сложности отдельным категориям граждан» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. Форму справки о наличии медицинских показаний к зубопротезированию.

1.2. Журнал учета выдачи справок.

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения и иных форм собственности, участвующих в системе обязательного медицинского страхования и оказывающих услуги по профилю «стоматология» в Мурманской области:

2.1. Назначить ответственное лицо в медицинской организации за организацию выдачи справок.

2.2. Обеспечить выдачу справок в соответствии с постановлением Правительства Мурманской области от 11.08.2023 № 582-ПП «Об утверждении положения о возмещении расходов на изготовление зубных ортопедических конструкций любой сложности отдельным категориям граждан» и настоящим приказом.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

**Первый заместитель министра
здравоохранения Мурманской области**

Е.И. Сулима

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения
Мурманской области
от _____ № _____

форма

(наименование, адрес медицинской организации, участвующей в системе обязательного медицинского

страхования и оказывающей услуги по профилю «стоматология»)

Справка № _____ от _____

Дана гр. ФИО: _____,

Дата рождения: _____,

Адрес места жительства: _____,

в том, что он (она) имеет медицинские показания к зубопротезированию.

Справка дана для реализации постановления Правительства Мурманской области от 11.08.2023 № 582-ПП «Об утверждении положения о возмещении расходов на изготовление зубных ортопедических конструкций любой сложности отдельным категориям граждан».

(должность лица, уполномоченного
на выдачу справки)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(печать медицинской организации)

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
здравоохранения
Мурманской области
от _____ № _____

**Журнал учета выдачи справок
о наличии медицинских показаний к зубопротезированию**

наименование медицинской организации

Дата начала ведения журнала: « » _____ 20__ г.

Дата окончания ведения журнала: « » _____ 20__ г.

№ справки п/п	ФИО пациента	Дата рождения	Адрес места жительства	Даты обращения за медицинской помощью	Дата выдачи справки	ФИО ответственного лица выдавшего справку	Подпись ответственного лица выдавшего справку