

Приложение №1

Утверждаю

Главный врач

«»

**Памятка по осуществлению записи на прием к врачу-стоматологу
детей с РАС (расстройством аутистического спектра)**

**Для того чтобы записать ребенка на прием к врачу, Вам, необходимо
позвонить в регистратуру поликлиники (ЦРБ) по телефонам:**

Тел. _____

Тел. _____

**Сообщить регистратору о психо- неврологическом статусе ребенка, ФИО
ребенка, дату рождения, номер полиса ОМС, СНИЛС. Был ли у ребенка
опыт общения с врачом-стоматологом (негативный, позитивный). Если это
первый опыт посещения врача- стоматолога, Вас запишут на
адаптационный прием.**

Администратор запишет Вас на наиболее удобное время!