

Главному врачу ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ»  
Рыбаковой М.Г.

от гр. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

## ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество ребенка)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год рождения ребенка)

гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),  
представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_

*(указать основание: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)*

для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ»  
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)  
№ \_\_\_\_\_ выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_.

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я являюсь, временного свидетельства даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

Место регистрации: \_\_\_\_\_,  
дата регистрации: \_\_\_\_\_.

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_  
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_.

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность  
прикрепляющегося гражданина:

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
\_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация \_\_\_\_\_.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование персональных данных застрахованного лица, представителем которого я являюсь, и моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации. Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам: \_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

## РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_.  
Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Рыбакова М.Г.)  
(Ф.И.О. руководителя МО)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки  
" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(подпись) (Ф.И.О.)

**Информированное согласие  
с условиями предоставления первичной медико-санитарной  
помощи при выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество законного представителя ребенка)*

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-терапевтов, врачей-терапевтов (участковых), врачей-педиатров, врачей-педиатров (участковых), врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

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).

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)