

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 № _____
выдан страховой медицинской организацией _____.

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 (иного 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.

" ____ " _____ 202__ года _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: " ____ " _____ 202__ 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)

" ____ " _____ 202__ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки

" ____ " _____ 202__ года.

Копию заявления получил _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

**Информированное согласие
с условиями предоставления первичной медико-санитарной
помощи по профилю «стоматология» при выборе медицинской
организации**

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

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- стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов детских, зубных врачей, с количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию.

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).

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико- санитарной помощи по профилю «стоматология» только к одной медицинской организации, оказывающей стоматологическую помощь в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ Г.
(дата оформления)