

ОБРАЗЕЦ

ИНФОРМАЦИЯ, ВЫДЕЛЕННАЯ КРАСНЫМ,
ОБЯЗАТЕЛЬНА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ;
ЗЕЛЕНЫМ ЦВЕТОМ – ПОЯСНЕНИЯ.

Главному врачу ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ»
Рыбаковой М.Г.
от гр. ИВАНОВА ИВАНА ИВАНОВИЧА

(Ф.И.О. законного представителя полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ,
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

прошу прикрепить гражданина ИВАНОВА ПЕТРА ИВАНОВИЧА,
(фамилия, имя, отчество ребенка)

дата рождения 01.02.2020, место рождения г. МОСКВА,
(число, месяц, год рождения ребенка)

гражданство РФ, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
представителем которого я являюсь: НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ РЕБЕНОК
СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ, ВЫДАНО 05.02.2020, № XXX 1258 МФЦ
ГАГАРИНСКОГО РАЙОНА

(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 «ДЕТСКАЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 44 ДЗМ»
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)
№ 012345678012345678 выдан страховой медицинской организацией _____
МАКС-М

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: г. МОСКВА, УНИВЕРСИТЕТСКИЙ ПРОСПЕКТ, Д. 4, КВ. XX
, дата регистрации: 15.02.2020.

Место жительства (пребывания): г. МОСКВА, ЛОМОНОСОВСКИЙ ПРОСПЕКТ, Д.
6, КВ. XX

(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса,
отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации ГБУЗ «ДГП № 110 ДЗМ».

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность
прикрепляющегося гражданина (УКАЗЫВАЕМ ДОКУМЕНТ РЕБЕНКА):

серия VI-МЮ № 123456, выдан "05" ФЕВРАЛЯ 2020 года
ОРГАН ЗАГС г. МОСКВЫ № XX МФЦ ПГУ РАЙОНА ГАГАРИНСКИЙ

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация +7(999)550-30-69.

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.

"06" АПРЕЛЯ 2022 года

ПОДПИСЬ (ИВАНОВ И.И.)

(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, **ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ**,

(фамилия, имя, отчество законного представителя ребенка)

дата рождения **"03" ФЕВРАЛЯ 1993 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).

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"06" АПРЕЛЯ 2022 г.

(дата оформления)