

от гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

заявление о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., место рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть), прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы»**

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

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

Место регистраций (прописка): \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_  
(наименование, адрес)

\_\_\_\_\_ Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинский организации)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

Место работы/учебы: \_\_\_\_\_ СНИЛС: \_\_\_\_\_  
(наименование)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование 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 сохранить 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, включая 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 Личная подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (Ф.И.О.)

Контактный телефон \_\_\_\_\_ E-mail (если есть) \_\_\_\_\_

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

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись) (главный врач/зав. филиалом)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача 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 ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., полис ОМС \_\_\_\_\_

Подтверждаю, что при подачи 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 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).

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи только к одной медицинской организации.

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

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

Дата оформления « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в  
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые гражданам дают информированное  
добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-  
санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(год рождения, зарегистрированный (ая) по адресу)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г № 390н (зарегистрирован министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень). Для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»

\_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011. № 48, ст. 6724, 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(дата оформления)