

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) № _____ года.
выдан страховой медицинской организацией _____

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)