

от гр. _____
(Ф.И.О. полностью)

Заявление о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня, _____,
(меня или застрахованное лицо (фамилия, имя, отчество), законным представителем которого я являюсь)
к медицинской организации в связи с (нужное выделить знаком «V»):
____ первичным выбором медицинской организации;
____ выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течении года;
____ выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;
____ прекращением деятельности медицинской организации;
____ откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Сведения о гражданине:

Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество (при наличии): _____
Пол: _____ Дата рождения: _____ Место рождения: _____
Гражданство: _____ СНИЛС (при наличии): _____
Полис обязательного медицинского страхования N _____, выдан страховой медицинской организацией _____
Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина (указать):
серия _____ N _____, выдан "____" _____ 20__ года,

(наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

Вид на жительство (для иностранных граждан, проживающих в Российской Федерации): серия _____ N _____,
выдан "____" _____ 20__ года.

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)

Информация о представителе гражданина (в том числе законного представителя):

Фамилию, имя, отчество (при наличии): _____
Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия _____ N _____, выдан "____" _____ 20__ года
Реквизиты документа, подтверждающего статус и полномочия представителя: серия _____ N _____,
выдан "____" _____ 20__ года.
Контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии)): _____

Прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____
(полное наименование медицинской организации)

Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

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

Фамилия, имя, отчество (при наличии) выбранного врача (при наличии): _____

Факт ознакомления с информацией, указанной в пункте 2.6. Порядка прикрепления к медицинской организации подтверждаю _____

Контактная информация _____

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 (иного документа, удостоверяющего личность), 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 N _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

(подпись) _____ (Ф.И.О. руководителя МО)
"____" _____ 20__ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки "____" _____ 20__ года.

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

**Информированное согласие
с условиями предоставления первичной медико-санитарной
помощи при выборе ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»**

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-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)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(дата оформления)

**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»

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)