Приложение 1
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по обязательному
медицинскому страхованию на территории
города Москвы , к медицинским
организациям, участвующим в реализации
территориальной программы обязательного
медицинского страхования ,оказывающим
первичную медико-санитарную помощь,
а также первичную специализированную
медико-санитарную помощь по профилю
«стоматология», применяющим способ
оплаты медицинской помощи
по подушевому нормативу финансирования
на прикрепившихся лиц

Главному врачу ГБУЗ «ГП №5 ДЗМ»
Е.А. Самышиной
от_____

_____
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я,_____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения_____, место рождения_____,
(число, месяц, год)
гражданство_____, пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к
_____ГБУЗ «ГП №5 ДЗМ»_____
(полное наименование медицинской организации)
Полис обязательного медицинского страхования №_____,
выдан страховой медицинской организацией_____
_____

Страховой номер индивидуального лицевого счета пенсионного страхования (СНИЛС)_
_____
_____

Контактная информация _____

Место регистрации_____,

дата регистрации_____ место жительства (пребывания)_____

_____

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

Прикреплен к медицинской организации_____

(наименование)

_____

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)

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 (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.

«____»_____2025 г. _____(_____)

(подпись) (ф,и,о)

Дата и время регистрации заявления: «____»_____2025 г.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Прикрепить с «____»_____2025 г.____Участок №_____Врач_____

Отказать в прикреплении в связи с _____

_____

_____(_Е.А.Самышина_)

(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

«_____»_____2025 г.

М.П.

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

«____»_____2025 г.

Копию заявления получил(а) _____(_____)

(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 3
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по обязательному
медицинскому страхованию на территории
города Москвы , к медицинским
организациям, участвующим в реализации
территориальной программы обязательного
медицинского страхования ,оказывающим
первичную медико-санитарную помощь,
а также первичную специализированную
медико-санитарную помощь по профилю
«стоматология», применяющим способ
оплаты медицинской помощи
по подушевому нормативу финансирования
на прикрепившихся лиц

Информированное согласие
с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи
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-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 разъяснён 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(а) о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи к одной медицинской организации.

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

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«_____»_____2025 г.
(дата оформления)