

Приложение 1  
к приказу Департамента  
здравоохранения города Москвы  
и Московского городского фонда  
обязательного медицинского страхования  
от « 08 » июля 2021г. №655/381

Внесение изменений в приложение к приказу Департамента здравоохранения города Москвы и  
Московского городского фонда обязательного медицинского страхования  
от 27 апреля 2015г. №335/142

Приложение 1  
к Регламенту прикрепления и учета граждан,  
застрахованных по ОМС, к медицинским  
организациям государственной системы  
здравоохранения города Москвы, оказывающим  
первичную медико-санитарную помощь и  
включенным в реестр медицинских организаций,  
осуществляющих деятельность в сфере ОМС  
города Москвы, с использованием ЕМИАС

Главному врачу ГБУЗ «ГП №5 ДЗМ»  
К.М.Петросян

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

контактная информация \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 (временное свидетельство)

№ \_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

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

В случае наличия 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 \_\_\_\_\_,  
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.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
подпись ФИО

Дата и время регистрации  
заявления:

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

### РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Прикрепить с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

М.П.

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О.)

**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).

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.  
(дата оформления) Оператор ЛУД