

СНИЛС:

от гр. \_\_\_\_\_

(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 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 5 Департамент  
здравоохранения города Москвы».  
Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

N \_\_\_\_\_ выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_  
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.

Адрес постоянной 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)

Место работы: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование органа, выдавшего документ)

**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 (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 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Е.А. Самышина  
(подпись) (главный врач)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Получил копию заявления \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

**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**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_ (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, утвержденный 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 № 5 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 ними 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 3 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)

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

" " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**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 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).

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

" " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)