Главному врачу ГБУЗ «ДГП №150 ДЗМ»
Ключниковой И.В.
от гр.

(Ф.И.О. полностью)

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**о выборе медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я, ,

(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина ,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения , место рождения ,

(число, месяц, год)

гражданство , пол мужской / женский (нужное подчеркнуть),

представителем которого я являюсь:

(указать основание: а - несовершеннолетний ребенок, б - недееспособность,

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

в - попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ «ДГП №150 ДЗМ», филиал №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название медицинской организации) (если есть филиал)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) №

выдан " " года

(указать наименование страховой медицинской организации и регион)

Место регистрации , дата регистрации

Место жительства (пребывания)

(адрес для оказания медпомощи на дому при вызове медработника, указывается если адрес отличается от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации

(полное название медицинской организации)

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина: серия № , выдан "\_\_\_" года

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

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация:
 (телефон, электронная почта)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико­санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

" " 20\_\_\_года Личная подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "\_ " года

**РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с " " года. Участок № Врач

Отказать в прикреплении в связи

" " года ( )

(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

М.П.

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

Получил копию заявления ( )

(подпись)

(Ф.И.О.)

**Информационное 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).

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\_\_\_года

 (дата оформления)