

Главному врачу ГБУЗ «ДГП №30 ДЗМ»
Чернову Кириллу Вячеславовичу
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 государственному бюджетному учреждению
здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 30 Департамента здравоохранения
города Москвы»

(полное название медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № _____
выдан страховой медицинской организацией _____
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)

Прикреплен к медицинской организации _____
(полное название медицинской организации)

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 _____

(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 при их обработке в
соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

" _____ " _____ 20 _____ года _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с " _____ " _____ 20 _____ года. Участок № _____ Врач _____
Отказать в прикреплении в связи _____

_____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

" _____ " _____ 20 _____ года.

М.П.

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