

Главному врачу  
ГАУЗ «СП № 56 ДЗМ»  
Фирфарову Константину Владимировичу

от гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, гражданство \_\_\_\_\_, пол: мужской/женский  
(число, месяц, год) (нужное подчеркнуть)

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

**ГАУЗ «СП № 56 ДЗМ»**

(полное наименование медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № \_\_\_\_\_, выдан  
страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть)

Место регистрации: \_\_\_\_\_ дата регистрации \_\_\_\_\_

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_  
(наименование)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_:

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ)

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.

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому ознакомлен.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года Личная подпись \_\_\_\_\_ (Ф.И.О)

Дата и время регистрации заявления: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_:

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:**

Прикрепить с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

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

\_\_\_\_\_  
М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
Фирфаров К.В.  
(Ф.И.О. главного врача)

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. Получил(а) копию заявления \_\_\_\_\_ (Ф.И.О)  
(подпись)

Приложение 3  
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,  
утвержденному приказом Департамента  
здравоохранения города Москвы и Московского  
городского фонда обязательного медицинского  
страхования  
от 27.04.2015 г. № 335/142

**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)