

Заместителю главного врача, исполняющей обязанности главного врача ГАУЗ «СП №53 ДЗМ»
Паркуевой А.Б.

От гр. _____
(Ф.И.О. полностью)

Заявление о выборе медицинской организации

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: _____
(попечительство и т.д., а так же вид, номер, дату и место выдачи документа подтверждающего право представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____
(полное наименование медицинской организации)

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

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 _____
(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)

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 удостоверяющего личность), 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 системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми 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 № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

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

« _____ » _____ 20 _____ года _____

М.П.

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

« _____ » _____ 20 _____ года. Получил копию заявления _____