

Главному врачу ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» Милешиной В.А.
от гр. _____

(ФИО полностью)

контактный телефон _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации**

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан « _____ » _____ года.

Кем выдан _____

прошу прикрепить гражданина _____
(Ф.И.О. полностью печатными буквами)

дата рождения _____, место рождения _____

гражданство _____, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть), законным представителем которого я являюсь:

(указать основание: несовершеннолетний ребенок, 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 стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство): _____

выдан страховой медицинской организацией _____ дата выдачи « _____ » _____ года

Место регистрации: _____

дата регистрации _____ СНИЛС _____

Место жительства (пребывания): _____
(адрес указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации _____

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

Посещает д/сад, школу № _____

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность регистрирующегося гражданина:
серия _____ N _____ выдан « _____ » _____ года

(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование персональных данных застрахованного лица, представителем которого я являюсь, и 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, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рождённого 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 на 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.

« _____ » _____ 202 _____ года Личная подпись _____ (_____) (ФИО)

Дата и время регистрации заявления: « _____ » _____ 20 _____ года

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с « _____ » _____ 20 _____ года

Отказать в прикреплении в связи _____

М.П.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ Милешина В.А.
подпись (ФИО главного врача)

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

« _____ » _____ 20 _____ г. Получил копию заявления _____
(подпись, ФИО)

**Информированное согласие
с условиями предоставления первичной специализированной медико-санитарной
помощи по профилю «стоматология» 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-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов детских, зубных врачей, с количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию.

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 по профилю «стоматология» только к одной медицинской организации, оказывающей стоматологическую помощь в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

(подпись) (ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (ФИО медицинского работника)

«____» _____ 20____ г.