

Начальнику ФГБУ «9ЛДЦ» МО РФ

Кувшинову К.Э.

От _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Уважаемый Константин Эдуардович, прошу прикрепить мою дочь,

_____,
«__» _____ 20__ г.р. воспитанницу МКК «Пансион воспитанниц МО
РФ» по полису ОМС г. Москвы.

«__» _____ 202__ г _____ / _____

Начальнику ФГБУ «9 ЛДЦ» Минобороны России
Кувшинову Константину Эдуардовичу

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 также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего
право представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____
**Федеральному государственному бюджетному учреждению «9 лечебно-диагностический
центр» Министерства обороны Российской Федерации**

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

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я являюсь, временного
свидетельства даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого
регистра застрахованных лиц города Москвы с момента установления страховой принадлежности
застрахованного лица.

Место регистрации: _____, дата регистрации: _____.

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

Страховой номер индивидуального
лицевого счёта (СНИЛС) _____

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 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, 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 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.

“ ____ ” _____ 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 МО)

“ ____ ” _____ 20 ____ года.

М.П.

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

“ ____ ” _____ 20 ____ года.
Получил копию заявления _____ (подпись) (_____) (Ф.И.О.)

Приложение 5

к Порядку прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц

**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).

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)

« _____ Г.
(дата оформления)

*Обращаем Ваше внимание:

1. В структуре Учреждения отсутствует участковая служба, в связи с этим Учреждение не оказывает медицинскую помощь на дому.
2. Гражданам, имеющим право на льготное лекарственное обеспечение, не выдаются рецептурные бланки для получения льготных лекарственных препаратов.
3. Учреждение не участвует в оказании мед. услуг по системе ОМС по профилю стоматология.
4. Учреждение не проводит мероприятия по иммунопрофилактике инфекционных болезней лиц прикрепленных на медицинское обслуживание в рамках ОМС.
5. Учреждение не осуществляет организацию обеспечения отдельных категорий детей и женщин, из числа прикрепленного контингента, бесплатными продуктами питания.

Ознакомлен(а):

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Начальнику ФГБУ «9 ЛДЦ» Минобороны России
Кувшинову Константину Эдуардовичу

от гр. **ФИО законного представителя**

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

о выборе медицинской организации

Я, **ФИО законного представителя**,
(фамилия, имя, отчество)
прошу прикрепить гражданина **ФИО несовершеннолетнего ребенка**,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, место рождения _____,
(число, месяц, год)
гражданство **РФ**, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
представителем которого я являюсь: **Паспортные данные законного представителя ребенка**
(попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____
Федеральному государственному бюджетному учреждению «9 лечебно-диагностический центр» Министерства обороны Российской Федерации

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ **номер полиса ОМС остаётся прежний**, выдан страховой медицинской организацией
«РЕСО-МЕД» указывать страховую компанию РЕСО-МЕД

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я являюсь, временного свидетельства даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

Место регистрации: **по паспорту ребенка или по форме №8 "Свидетельство о регистрации по месту жительства"**, дата регистрации: _____

Место жительства (пребывания): **г.Москва, ул. Поликарпова, д. 21**
(указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС)

Прикреплен к медицинской организации **СНИЛС ребенка**
указывается детская поликлиника, к которой ранее
(наименование)

был прикреплен ребенок

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина: **указываются данные ребенка**

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 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, 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 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.

“ ___ ” **НЕ ЗАПОЛНЯТЬ** 20 24 года _____ (_____ **Ф.И.О**)
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: “ ___ ” **НЕ ЗАПОЛНЯТЬ** 20 ____ года.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с “ ___ ” _____ 20 ____ года. Участок № ____ Врач _____.

Отказать в прикреплении в связи с _____.

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

“ ___ ” _____ 20 ____ года.

М.П.

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

“ ___ ” _____ 20 ____ года.
Получил копию заявления _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)