

Приложение № 1.18
к приказу филиала
ООО «Газпром трансгаз Москва»
«Центр диагностики и реабилитации»
от «15» «апреля» 2024 г. № 108

Начальнику филиала
ООО «Газпром трансгаз Москва»
«Центр диагностики и реабилитации»
Бородину И.А.

От гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

**Заявление №1
о выборе медицинской организации**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, место рождения _____
(число, месяц, год)
гражданство _____, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к
филиалу ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и реабилитации»
(полное название медицинской организации)
Полис обязательного медицинского страхования № _____,
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 (указать): _____

Серия _____ № _____ выдан « _____ » _____ г.

(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, регламентирующим
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.

« ____ » _____ г. _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)
Дата и время регистрации заявления: « ____ » _____ г. _____ :

РЕШЕНИЕ начальника филиала:

Прикрепить с « ____ » _____ г. Участок № _____ Врач- _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

М.П.

Бородин И.А.
(подпись) (Ф.И.О. начальника филиала)
« ____ » _____ г.

По требованию заявителя копия заявления с решением начальника филиала выдана на руки. « ____ » _____ г.

Копию заявления получил _____
(подпись) (Ф.И.О.)

**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 (-а) 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 (-а) 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 ____ г.
(дата оформления)