

Главному врачу ФГБУЗ КБ № 85 ФМБА России  
**Н.Л. Бондаренко**

от гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

### ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_

#### о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество)

место рождения \_\_\_\_\_, гражданство \_\_\_\_\_, пол  мужской /  женский, **прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 85 Федерального медико-биологического агентства».**

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство\*) \_\_\_\_\_,

выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

СНИЛС (страховое пенсионное свидетельство) \_\_\_\_\_.

*\*В случае наличия 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: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

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

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_ /  Не прикреплен к медицинской организации  
(наименование)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

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 удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - 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.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

#### РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_ **(Н.Л. Бондаренко)**

М.П. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя МО)

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)



**Информированное согласие  
с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе  
медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_ дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество)

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, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, **мне разъяснено, что в ФГБУЗ КБ № 85 ФМБА России не оказывается медицинская помощь по территориально-участковому принципу (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)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(дата оформления)