

Главному врачу ГБУЗ «ДСП № 43 ДЗМ»

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)

к Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая  
поликлиника № 43» Департамента здравоохранения города Москвы.

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ \_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией

В случае наличия временного свидетельства, даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Регио-  
нальном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы, с момента установления страхо-  
вой принадлежности застрахованного лица.

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 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, 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.)