

Главному врачу ГБУЗ ГСИ №43ПЗМ
Загребеловой Е. А.
от гр. Ивановой
Елены Ивановны
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

я, Иванова Елена Ивановна

(Фамилия, имя, отчество)

прощу прикрепить гражданина

Иванова Анжелику Александровну.

(Фамилия, имя, отчество)

дата рождения 01.01.2010, место рождения

(число, месяц, год)

г. Москва

гражданство

Р.90

пол мужской/женский (нужно подчеркнуть)

представителем, которого я являюсь: наемщик РР сер 98 98 № 000 000

от 01.01.2000 г. МВД г. Москва

(полномочием и тд., 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)

№ 77 00 000 1234567890

выдан страховой медицинской организацией

000 РТБ МС " от 01.01.2010 г.

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 г. Москва, Терапевтическое отделение № 12/1163 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

запись о приеме в амбулатории

(наименование)

лечения в другой детской стоматологии

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина:

серия I-СИ № 123456 выдан «03 01 2010 года

г. Москва, Терапевтическое отделение № 3 РГС

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация 8(915) 000 00 00

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, 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.

Представляю 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:

Иванову Александру Сергеевну

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.)