

Главному врачу ГБУЗ «ДСП №10 ДЗМ»
АНОХИНОЙ И.В.

От гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
прошу прикрепить гражданина _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)
дата рождения _____, место рождения _____,
(число, месяц, год) пол мужской/женский
гражданство _____,
(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 Государственному бюджетному учреждению
здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника №10 Департамента
здравоохранения города Москвы»

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство):

№ _____, выдан страховой медицинской организацией
_____ " ____ " _____ года.

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): _____
(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 ребенка (с 14-ти лет), 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 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 _____ (_____)
(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 _____

_____ (Анохина И.В.)
(подпись) (ФИО главного врача)

" ____ " _____ 20__ года

М.П.

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

" ____ " _____ 20__ г.
Получил копию заявления _____ (_____)
(подпись) (ФИО)