

Приложение 1
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по обязательному
медицинскому страхованию на территории
города Москвы, к ГБУЗ «КДЦ №4 ДЗМ»

Руководителю медицинской организации

От гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
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

_____ (полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования N _____, 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 « _____ » _____ 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 (иного 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, оставляющие 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 N ____ 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.

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