

Главному врачу ГБУЗ «ДСП №38 ДЗМ»

\_\_\_\_\_  
Попову П.И.

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)

\_\_\_\_\_ ,  
для оказания первичной медико-санитарной помощи к Государственному бюджетному  
учреждению города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника №38  
Департамента здравоохранения города Москвы»

(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)  
N \_\_\_\_\_ выдан страховой медицинской организацией

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

серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, 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 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 \_\_\_\_\_.

---

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ П.И.Попов\_\_\_\_\_) (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.)