Главному врачу ГБУЗ «ДСП №38 ДЗМ»

Попову П.И от гр.

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

o 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.)