

Руководителю медицинской организации

ГАУЗ "СП № 5 ДЗМ"

Абаеву З. М.

от гр.

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации.

Я, _____

дата рождения " _ " _____ года, место рождения _____ гражданство _____, пол _____, прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____
ГАУЗ "СП №5 ДЗМ" _____
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № _____, выдан страховой медицинской организацией " _____ " _____ года.

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: _____ дата регистрации: _____.

Вид регистрации: -временная: с _____ по _____

- постоянная: дата _____

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 (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ номер _____, выдан " _ " _____ 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 (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: " _____ 11 _____ 20 ____ года

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с " _____ " _____ 20 ____ года Участок № _____ Врач

Отказать в прикреплении в связи с _____

_____ 20 ____ года _____ (подпись) _____ (Ф.И.О. руководителя МО)

М.П.

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

" _____ " _____ 20 ____ года

Получил копию заявления _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)