

Главному врачу ГБУЗ «ГП 36 ДЗМ»

Тихоновской Е.Ю.

От гр. _____

(ФИО полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____, место рождения _____,

гражданство _____, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к **ГБУЗ «ГП № 36 ДЗМ»**

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № _____,

выдан страховой медицинской организацией _____

_____ «_____» _____ 20__ 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.

Адрес регистрации (по паспорту): _____

_____, дата регистрации _____

Адрес проживания (пребывания): _____

(адрес для оказания помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации).

Прикреплен/не прикреплен к медицинской организации _____

(наименование медицинской организации)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): _____

Серия _____ № _____ дата выдачи «_____» _____ года

Выдан _____

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактный телефон _____ E-mail (если есть) _____

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 организации 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 персональным данным 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) _____ (ФИО)

Дата и время регистрации заявления: « ____ » _____ 20__ года

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с « ____ » _____ 20__ г. Участок № _____ Врач _____
МП

Отказать в прикреплении в связи _____
« ____ » _____ 20__ года. Подпись _____ (Е.Ю.Тихоновская)

По требованию заявителя копия заявления с решением Главного врача выдана на руки
« ____ » _____ 20__ года. Получил копию заявления _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)