

Приложение 1
к приказу Департамента Здравоохранения города
Москвы и Московского городского фонда обязательного
медицинского страхования от 08.07.2021г. №655/381

Внесение изменений в приложение к приказу
Департамента Здравоохранения города Москвы и,
Московского городского фонда обязательного
медицинского страхования от 27.04.2015г. №335/142

Приложение 1
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по ОМС, к медицинским организациям
го сударственной системы здравоохранения города
Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную
помощь и включенным в реестр медицинских
организаций, осуществляющих деятельность в сфере
ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС

Руководителю ГБУЗ «ГП № 52 ДЗМ»
Д.В. Балашову

от _____

(ФИО 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 ГБУЗ «ГП №52 ДЗМ» _____.

Полис ОМС (или временное свидетельство) № _____
выдан страховой медицинской организацией _____.

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 _____.

Место жительства (пребывания): _____
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника,
указывается в случае, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к мед организации).

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющего гражданина:
серия _____ № _____, выдан «___» _____ 20__ года,

кем _____
(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 удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случая 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 сохранить 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 РФ.

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) _____ (ФИО)

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

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « ____ » _____ 20 ____ года. Участок № ____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

_____ (подпись) Д.В. Балащов (ФИО 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) _____ (ФИО)