

Руководителю медицинской организации
ЗАГРЕБАЕВОЙ Е.А.
от гр. ИВАНОВА ИВАНА ИВАНОВИЧА
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации

Я, ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ,
(фамилия, имя, отчество)

Прошу прикрепить гражданина ИВАНОВУ МАРИЮ ИВАНОВНУ
дата рождения 15.08.2020, место рождения Г. МОСКВА,
(число, месяц, год)

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

представителем, которого я являюсь: ПАСПОРТ 1111 № 111111, ВЫДАН ОВД «ЧЕРТАНОВО ЦЕНТРАЛЬНОЕ» 10.10.2010

(попечительство и т.д., а также вид, номер, дата и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)
для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 43 Департамента здравоохранения города Москвы»
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования № 1234567891011121415, выдан страховой медицинской организацией ИНГОССТРАХ-М

Место регистрации: Г. МОСКВА, УЛ. ЧЕРТАНОВСКАЯ, ДОМ 1, КВ. 1, дата регистрации: 10.01.2011

Место жительства (пребывания): ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ МЕСТА РЕГИСТРАЦИИ

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

Прикреплен к медицинской организации ЕСЛИ РАНЕЕ ПРИКРЕПЛЕН
(наименование)

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина (указать): СВ-ВО О РОЖДЕНИИ серия I-СН № 222222, выдан "02" февраля 2020 года
УПРАВЛЕНИЕМ ЗАГС Г. МОСКВЫ

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация: МОБИЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА И ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА

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 (иного 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:

ИВАНОВОЙ ОЛЬГЕ МИХАЙЛОВНЕ

ИВАНОВУ АЛЕКСЕЮ МИХАЙЛОВИЧУ

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

«10» марта 2024 года

_____ (ИВАНОВ И.И.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

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

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

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

Отказать в прикреплении в связи с _____

М.П. _____

_____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

«__» _____ 20__ года

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки «__» _____ 20__ года

Копию заявления получил _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)