

**Главный врач ГБУЗ «ГДП» г. Пенза  
А.А. Еремин**

От гр. \_\_\_\_\_

Конт.тел. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## **Заявление о выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_

Прошу принять гражданина(меня) \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ (чч.мм.гггг.) пол: женский/мужской (подчеркнуть нужное)

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Законным представителем, которого я являюсь по причине (несовершеннолетия, опекуна)

Для оказания первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ «ГДП», детская поликлиника № \_\_\_\_\_

Страховой медицинский полис: № \_\_\_\_\_

Выдан СМО: \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Документ УДЛ: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Прикреплен (не прикреплен) к медицинской организации \_\_\_\_\_  
(наименование)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем которого я являюсь, и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

С порядком оказания медицинской помощи на дому по участковому принципу, с учетом территориальной доступности, ознакомлен (а).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Личная подпись \_\_\_\_\_

Дата и время регистрации заявления \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Время \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лица, принявшего заявления \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

### **Решение главного врача:**

Прикрепить с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в  
связи \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Главный врач \_\_\_\_\_ Еремин А.А.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Копию заявления получил(а) \_\_\_\_\_

**Информационное согласие  
с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при  
выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_

Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации, я в доступной форме ознакомлен(а) ответственным сотрудником ГБУЗ «ГДП» с перечнем врачей-педиатров участковых, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (педиатрических участках) указанных медицинских работников при оказании медицинской помощи на дому.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в плановой и неотложной форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, лечебного и диагностического оборудования).

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
( Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
( Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
дата оформления