

**И.о.главного врача ГБУЗ «ГДП» г.Пенза
Гришанович Г.М.**

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. И.о.главного врача _____ Гришанович Г.М.

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