

Бюджетное учреждение Республики Калмыкия
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ МАНДЖИЕВОЙ ВАЛЕНТИНЫ ДЖАЛОВНЫ»

П Р И К А З

«03» сентября 2025г.

Элиста

№ 374

Об утверждении формы бланка «Заявление о выборе врача-педиатра участкового в БУ РК «Республиканский детский медицинский центр имени Манджиевой Валентины Джаловны» и «Заявление о выборе медицинской организации» при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

В соответствии с частью 2 ст.21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Минздрава России от 14.04.2025г. № 216н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», приказа Минздрава РФ от 14.04.2025г. № 215н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», приказов БУ РК «РДМЦ им. Манджиевой В.Д.» от 15.07.2025г. № 289 «О правилах выбора гражданином медицинской организации» и от 15.07.2025г. № 290 «О правилах выбора гражданином медицинской организации иногородними гражданами», в связи с необходимостью дополнения в бланк заявления номер СНИЛСа (при наличии) пациента,

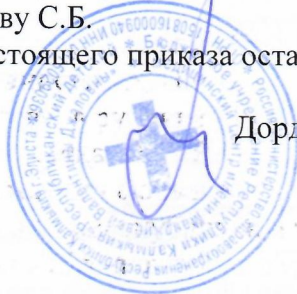
приказываю:

1. Утвердить форму бланков:
 - 1.1. «Заявление о выборе врача-педиатра участкового в БУ РК «Республиканский детский медицинский центр имени Манджиевой Валентины Джаловны» при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с приложением № 1;
 - 1.2. «Заявление о выборе медицинской организации» при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с приложением № 2;
2. Заместителю главного врача по детской поликлинике и главной медицинской сестре обеспечить:
 - 2.1. ознакомление сотрудников подчиненных подразделений о необходимости оформления бланков «Заявление о выборе врача-педиатра участкового в БУ РК «Республиканский детский медицинский центр имени Манджиевой Валентины Джаловны» и «Заявление о выборе медицинской организации» при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с приложениями № 1, № 2;
 - 2.2. оформленные и подписанные законным представителем бланки о прикреплении к БУ РК «РДМЦ им. Манджиевой В.Д.» передавать в оргметодотдел заместителю главного врача по ОМР Джанджиевой А.И.; бланки о прикреплении к участковому врачу-педиатру подклеивать в амбулаторную карту пациента, которая должна храниться в регистратуре.
3. Заведующим педиатрическими отделениями и старшим медицинским сестрам детской поликлиники:
 - осуществлять контроль за исполнением настоящего приказа;
 - ознакомить сотрудников подчиненных подразделений.

4. Заместителю главного врача по ОМР Джанджиевой А.И.:
- разместить сканкопию данного приказа на сайте учреждения в разделе «Информация для специалистов», в рубрике «Приказы».
5. Признать утратившим силу приказ БУ РК «РДМЦ им. Манджиевой В.Д.» от 09.03.2023г. № 156 «Об утверждении формы бланка «Заявление о выборе врача-педиатра участкового в БУ РК «Республиканский детский медицинский центр имени Манджиевой Валентины Джаловны» и «Заявление о выборе медицинской организации» при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях».
6. Начальнику отдела кадров (Хундаи Ю.Ю.) ознакомить с приказом зам гл. врача по детской поликлинике Насунову Б.Г., по ОМР Джанджиеву А.И., главную медицинскую сестру Батыреву С.Б.
7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

Дорджиев А.Н.



358011 РК, г.Элиста
ул.Г.О.Рокчинского, дом №1
БУ РК «РДМЦ им.Манджиевой В.Д.»

Главному врачу
БУ РК «РДМЦ им.
Манджиевой В.Д.»
Дорджиеву Александру Нимгировичу

(фио главного врача)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе врача педиатра – участкового в
БУ РК «Республиканский детский медицинский центр
имени Манджиевой Валентины Джаловны»

Я, _____,
(Ф.И.О.)

являясь родителем (законным представителем

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения ребенка, гражданина, признанного недееспособным)

(реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего

право законного представительства)

проживающий(-ая) по адресу: _____

(адрес постоянного места жительства)

застрахованного(-ой) по обязательному медицинскому страхованию в

(наименование страховой медицинской организации заявителя)

полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство,
подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского
страхования) _____

(серия, номер)

выдан _____, настоящим подтверждаю выбор

(дата выдачи)

БУ РК «РДМЦ им. Манджиевой В.Д.», а также участкового

(наименование медицинской организации)

врача _____,
(Ф.И.О.)

для получения _____
(Ф.И.О. ребенка; гражданина, признанного недееспособным)

первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.

Дата _____

(подпись)

Главному врачу Дорджиеву Александру Нимгировичу

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____
(число, месяц, год)

гражданство _____, пол мужской/ женский (нужное подчеркнуть),
представителем которого я являюсь: _____

мать, отец, попечительство и

т.д. паспорт:

для оказания первичной медико-санитарной помощи в БУ РК «РДМЦ им. Манджиевой В.Д.»

СНИЛС ребенка: _____

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство):

№ _____, выдан страховой медицинской организацией:

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я являюсь, временного свидетельства, даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Элиста, с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

Место регистрации: _____

_____ дата регистрации _____

Место жительства (пребывания):

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

Прикреплен/не прикреплен к медицинской организации _____

(наименование)

Свидетельство о рождении, паспорт или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина:

серия _____ № _____, выдан " _____ " _____ г.

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация:

телефон: _____, эл.почта: _____

20 ____ г. Личная подпись

(Ф.И.О.)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих (моего ребенка) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта, (документа удостоверения личности), реквизиты ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (моего ребенка), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного 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 (моему ребенку) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (моего ребенка) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего (моего ребенка) 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 (моего ребенка) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои (моего ребенка) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну следующим лицам: _____

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно. __ " _____ 20 _____ г. Личная подпись _____ (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: " _____ " _____ 20 ____ г.

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с " _____ " _____ 20 ____ г. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи _____

(подпись)
"

(ФИО главного врача)
20 г.

М.П.

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

" ____ " _____ 20 ____ г. Получил копию заявления _____ (подпись) (Ф.И.О.)