

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.)

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)