

Руководителю медицинской организации

от гр. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
о выборе медицинской организацииЯ, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, место рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_ пол мужской / женский,

представителем, которого я являюсь: несовершеннолетний ребенок

(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д.)

а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя) для оказания первичной медико-санитарной помощи к Государственному бюджетному учреждению Ростовской области «Детская городская поликлиника №17» в г. Ростове-на-Дону  
(полное наименование медицинской организации)Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № \_\_\_\_\_  
выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

Место регистрации: \_\_\_\_\_, дата регистрации: \_\_\_\_\_

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_  
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен/не прикреплен к медицинской организации (нужное подчеркнуть)

к медицинской организации \_\_\_\_\_

Документ удостоверяющий личность: наименование \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

(наименование органа выдавшего документ)

Контактная информация \_\_\_\_\_ .

Настоящим подтверждаю:

1. Что все сведения, предоставленные мною в настоящем заявлении достоверны. Я предупрежден(а) об ответственности в соответствии с законодательством РФ за предоставление неверных сведений.
2. Подписывая данное заявление, я ознакомлен(а) с положениями статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», приказом Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2012 №366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» и приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».
3. Подписывая данное заявление я понимаю, что посещение врачом моего ребенка на дому может быть не возможным в виду того, что место пребывания ребёнка (адрес фактического места жительства) находится за пределами территории обслуживания Поликлиники и в связи с чем к Поликлинике претензий не имею.
4. Подписывая данное заявление, я даю своё согласие Поликлинике на информирование о записи на приём к специалисту, сроках прохождении медицинских осмотров (в т.ч. диспансеризации), профилактических прививках и другом по средствам смс-сообщений на указанный номер телефона.
5. Выбирая Поликлинику для получения медицинской помощи моим ребёнком я понимаю, что медицинский документ «История развития ребёнка» (форма 112-у) является документом Поликлиники и подлежит хранению в Поликлинике. В случае смены медицинской организации, а также по иному моему письменному заявлению «История развития ребёнка» (форма 112/у) будет предоставлена мне для ознакомления, либо выдана её копия или выписной эпикриз.
6. Подписывая данное заявление, я даю своё согласие Поликлинике на обработку указанных персональных данных согласно Федеральному закону от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ Ли Нина Александровна \_\_\_\_\_ ) « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.  
(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки « \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О.)