

От гр. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
дата рождения \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_ мужской/женский \_\_\_\_\_,  
число, месяц, год (нужное подчеркнуть)  
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к Государственное  
бюджетное учреждение здравоохранения  
«Городская поликлиника № 220 Департамент здравоохранения города Москвы»  
(полное название медицинской организации)  
Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N \_\_\_\_\_,  
выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_,  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ года.  
(число, месяц, год)  
Адрес прописки: \_\_\_\_\_,  
Дата прописки: \_\_\_\_\_  
Домашний адрес: \_\_\_\_\_,  
по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания  
без регистрации (нужное подчеркнуть)  
Место работы/учебы: \_\_\_\_\_, Рабочий телефон: \_\_\_\_\_,  
(наименование)  
Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_)  
серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_" \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной  
медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных  
при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации  
С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по  
участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Личная подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(Ф.И.О.)

Контактный телефон \_\_\_\_\_ E-mail (если есть) \_\_\_\_\_

Дата и время регистрации заявления: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_:\_\_\_\_

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Участок N \_\_\_\_ Врач - \_\_\_\_\_  
Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Маркова Н.А.  
(подпись) (главный врач)  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
М.П.

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

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Получил копию заявления \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,  
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи**

Я,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_ (год рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу)

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

**ГБУЗ «ГП № 220 ДЗМ»**

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

Г

“ \_\_\_\_\_ ”

\_\_\_\_\_ (дата оформления)