

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**

**о выборе медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи**

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: \_\_\_\_\_  
(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  
здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника №125 Департамента здравоохранения города Москвы»  
(полное название 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 к медицинской организации \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося  
гражданина: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан " \_\_ " \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация \_\_\_\_\_

**Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной  
медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем которого я являюсь, и согласие на  
использование моих и его персональных данных при их обработке в соответствии с действующим  
законодательством Российской Федерации.**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

МП.

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

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (ФИО)

## Информационное согласие

### с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года,  
подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов (участковых), врачей-педиатров, врачей-педиатров (участковых), врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи только к одной медицинской организации.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года  
(дата оформления)