

Приложение 1  
к Регламенту прикрепления и учета граждан,  
застрахованных по обязательному  
медицинскому страхованию на территории  
города Москвы, к медицинским  
организациям, участвующим в реализации  
территориальной программы обязательного  
медицинского страхования, оказывающим  
первичную медико-санитарную помощь,  
а также первичную специализированную  
медико-санитарную помощь по профилю  
«стоматология», применяющим способ  
оплаты медицинской помощи  
по подушевому нормативу финансирования  
на прикрепившихся лиц

Руководителю медицинской организации

от гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_,

(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

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

Полис обязательного медицинского страхования № \_\_\_\_\_, выдан страховой  
медицинской организацией \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
(наименование)

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося  
гражданина (указать): \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация \_\_\_\_\_

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

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

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

Копию заявления получил \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Приложение 2  
к Регламенту прикрепления и учета граждан,  
застрахованных по обязательному  
медицинскому страхованию на территории  
города Москвы, к медицинским  
организациям, участвующим в реализации  
территориальной программы обязательного  
медицинского страхования, оказывающим  
первичную медико-санитарную помощь,  
а также первичную специализированную  
медико-санитарную помощь по профилю  
«стоматология», применяющим способ  
оплаты медицинской помощи  
по подушевому нормативу финансирования  
на прикрепившихся лиц

Руководителю медицинской организации  
\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
(попечительство и т.д., а также вид, номер, дата и место выдачи документа,  
подтверждающего право представителя)  
\_\_\_\_\_  
для оказания первичной медико-санитарной помощи к  
\_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)  
\_\_\_\_\_  
Полис обязательного медицинского страхования № \_\_\_\_\_, выдан страховой  
медицинской организацией \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  
(наименование)  
\_\_\_\_\_  
Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).  
Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося  
гражданина (указать): \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ)  
Контактная информация \_\_\_\_\_

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

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам: \_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

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

Копию заявления получил \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 4  
к Регламенту прикрепления и учета граждан,  
застрахованных по обязательному  
медицинскому страхованию на территории  
города Москвы, к медицинским  
организациям, участвующим в реализации  
территориальной программы обязательного  
медицинского страхования, оказывающим  
первичную медико-санитарную помощь,  
а также первичную специализированную  
медико-санитарную помощь по профилю  
«стоматология», применяющим способ  
оплаты медицинской помощи  
по подушевому нормативу финансирования  
на прикрепившихся лиц

Информированное согласие  
с условиями предоставления первичной специализированной медико-санитарной  
помощи по профилю «стоматология» 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-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов детских, зубных врачей, с количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию.

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 по профилю «стоматология» только к одной медицинской организации, оказывающей стоматологическую помощь в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата оформления)