

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я, _____

(Фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения «__» _____ 19__ г., пол мужской/женский (нужное подчеркнуть), прошу прикрепить

меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ РБ Дёмского района г.Уфы

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____, выдан страховой

медицинской организацией _____, «__» _____ 20__ года.

Домашний адрес: _____ по постоянной регистрации/по

временной регистрации/по месту фактического проживания без регистрации (**нужное подчеркнуть**).

Место регистрации: _____ дата регистрации «__» _____ 20__ года.

Прикреплен/не прикреплен (нужное подчеркнуть) к медицинской организации _____

(Наименование медицинской организации, к которой прикреплен)

Сот. Телефон _____

Паспорт РФ (другой документ, удостоверяющий личность _____): серия _____

№ _____, выдан «__» _____ 20__ г. _____

(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 и осуществления вызовов врача на дом по участковому принципу

с учетом территориальной доступности ознакомлен (323-ФЗ ст.17). С порядком хранения медицинской

карты амбулаторного больного - учетная форма N025/у-04 в регистратурах поликлиники ознакомлен.

(в соответствии с ч. 4 статьи 22. №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»,

письмо Минздрава России от 04.04. 2005 г. №734/МЗ « О порядке хранения амбулаторной карты»

«__» _____ 2018 года. Личная подпись _____ (_____).

ФИО

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я, _____

(Фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения «__» _____ 19__ г., пол мужской/женский (нужное подчеркнуть), прошу прикрепить

меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ РБ Дёмского района г.Уфы

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____, выдан страховой

медицинской организацией _____, «__» _____ 20__ года.

Домашний адрес: _____ по постоянной регистрации/по

временной регистрации/по месту фактического проживания без регистрации (**нужное подчеркнуть**).

Место регистрации: _____ дата регистрации «__» _____ 20__ года.

Прикреплен/не прикреплен (нужное подчеркнуть) к медицинской организации _____

(Наименование медицинской организации, к которой прикреплен)

Сот. Телефон _____

Паспорт РФ (другой документ, удостоверяющий личность _____): серия _____

№ _____, выдан «__» _____ 20__ г. _____

(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 и осуществления вызовов врача на дом

медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности

ознакомлен. С порядком хранения медицинской карты амбулаторного больного - учетная форма

N025/у-04 в регистратурах поликлиники ознакомлен (в соответствии с ч. 4 статьи 22. №323-ФЗ «Об

основах здоровья граждан в Российской Федерации», письмо Минздрава России от 04.04. 2005 г.

№734/МЗ « О порядке хранения амбулаторной карты».

«__» _____ 2018 года. Личная подпись _____ (_____)

ФИО

Дата регистрации заявления «__» _____ 2018 года

РЕШЕНИЕ

Прикрепить с «__» _____ 2018г. Участок № ____ . Врач _____

Отказать в прикреплении в связи _____

«__» _____ 2018года. Подпись Главного врача _____

М.П.

Дата регистрации заявления «__» _____ 2018 года

РЕШЕНИЕ

Прикрепить с «__» _____ 2018г. Участок № ____ . Врач _____

(подпись)

Отказать в прикреплении в связи _____

«__» _____ 2018года. Подпись Главного врача _____

М.П.