

Главному врачу
КДЦ ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта»

236006, Калининградская область, г. Калининград, ул. 09 апреля, д. 60

наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление

фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление

Заявление о выборе медицинской организации

Я, _____
фамилия, имя, отчество (при наличии)

пол _____; дата рождения _____; место рождения _____;

Гражданство _____; данные документа, удостоверяющего личность:

серия _____ № _____ дата выдачи _____ орган выдавший документ _____;

место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)

место регистрации _____; дата регистрации _____;

номер полиса обязательного медицинского страхования _____;

наименование страховой медицинской организации _____;

СНИЛС

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Место учебы (работы) _____;

действующий лично или через своего представителя (нужное подчеркнуть)

информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):

фамилия, имя, отчество (при наличии);

отношение к гражданину _____;

данные документа, удостоверяющего личность: серия _____ № _____

дата выдачи _____ орган выдавший документ _____;

контактная информация: телефон _____, Email: _____,

выбираю медицинскую организацию: **Клинико-диагностический центр ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта» (236006, г. Калининград, ул. 09 апреля, д. 60)**

наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление

для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в пределах территории Калининградской области и прошу принять меня на медицинское обслуживание в выбранную медицинскую организацию **с 01 января 2024г.**

Причины выбора (смены) медицинской организации:

1) личный выбор не чаще чем один раз в год; 2) изменения места жительства или места пребывания
(нужное подчеркнуть)

На момент подачи заявления я нахожусь на медицинском обслуживании в _____

наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании
Я, ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов 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, с порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности.

Я, даю согласие на обработку моих персональных данных и совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

« _____ » 20 _____. г. _____
(дата обращения) _____ (подпись заявителя, фамилия, имя, отчество (при наличии))

Контактная информация для информирования гражданина (его представителя) о рассмотрении заявления: телефон _____, Email: _____,

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ

1) РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

принять / отказать в принятии гражданина на медицинское обслуживание

(причины отказа)

«____» 20____ г.

(подпись)

2) Гражданин (его представитель) информирован о решении руководителя в

(письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи))

«____» 20____ г.

(подпись)

3) Направлено письмо о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию:

наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на дату подачи заявления

«____» 20____ г.

(подпись)

4) Информация из медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления:

получена / не получена в срок, полученные сведения соответствуют / не соответствуют заявлению

5) Уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание направлено в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, и в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином

«____» 20____ г.

(подпись ответственного лица)

6) Информация о снятии гражданина с медицинского обслуживания и копии медицинской документации гражданина получены / не получены

«____» 20____ г.

(подпись ответственного лица)

Принятие на медицинское обслуживание в ИС внесено, № _____
Принят на медицинское обслуживание на врачебный участок № _____
Медицинская карта _____

«____» 20____ г.

(подпись ответственного лица)