

фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление

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 \_\_\_\_\_;  
 \_\_\_\_\_;

Место учебы (работы) \_\_\_\_\_;  
действующий лично или через своего представителя (нужное подчеркнуть)  
информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):

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

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.**

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

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.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 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)