

Приложение 1
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
и Московского городского фонда
обязательного медицинского
страхования
от «08» 04 2021 г. № 655/381

Внесение изменений в приложение к приказу Департамента здравоохранения города
Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования
от 27 апреля 2015 года № 335/142

Приложение 1
к Регламенту прикрепления и учета
граждан, застрахованных по ОМС,
к медицинским организациям
государственной системы
здравоохранения города Москвы,
оказывающим первичную
медико-санитарную помощь и
включенным в реестр медицинских
организаций, осуществляющих
деятельность в сфере ОМС города
Москвы, с использованием ЕМИАС

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 (временное свидетельство)

№ _____, выдан страховой медицинской организацией

В случае наличия временного свидетельства, даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы, с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

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:

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 (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.

Получил копию
заявления

_____ (подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 2
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
и Московского городского фонда
обязательного медицинского
страхования
от «08» 04 2021 г. № 655/381

Внесение изменений в приложение к приказу Департамента здравоохранения города
Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования
от 27 апреля 2015 года № 335/142

Приложение 2
к Регламенту прикрепления и учета
граждан, застрахованных по ОМС,
к медицинским организациям
государственной системы
здравоохранения города Москвы,
оказывающим первичную
медико-санитарную помощь и
включенным в реестр медицинских
организаций, осуществляющих
деятельность в сфере ОМС города
Москвы, с использованием ЕМИАС

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 _____, (нужное подчеркнуть),
пол мужской/женский

представителем которого я являюсь: _____
(попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и
место выдачи документа, подтверждающего право
представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____

(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ _____, выдан страховой медицинской организацией

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я являюсь, временного свидетельства даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

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:

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 (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.

Получил копию

заявления _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)