

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.)