**Уважаемые пациенты!**

Всоответствиисо статьей 21 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ) для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию.

Выбор осуществляется не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет **выбор врача-педиатра** (или врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача), фельдшера).

Этот выбор также осуществляется не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации).

Выбор производится путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Администрация ГБУ РО «ДГБ» в г. Новошахтинске

Образец

Приложение 1  
к [Порядку](http://mbuz-rodcrb.ru/index.php/informatsiya/vybor-vracha-i-meditsinskoj-organizatsii#1000) прикрепления  
застрахованных лиц  
к государственным учреждениям  
здравоохранения,  
оказывающим первичную  
медико-санитарную помощь

                                             Главному врачу

                                             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                             От гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                  (Ф.И.О. полностью)

Заявление

о выборе медицинской организации

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мужской/женский\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                           (фамилия, имя, отчество)                                                         (число,месяц,год)                                   (нужно подчеркнуть)

Прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                                                                                        (полное наименование медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                   (по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть)

Место регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                (наименование)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не  прикреплен

к медицинской организации).

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

                             (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  на  дому  по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Личная подпись             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                                                                                                     (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "01" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года Участок N \_\_\_\_\_\_ Врач - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  (подпись)              (ФИО главного врача)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с  решением  главного  врача выдана на руки.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Получил копию заявления    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                         (подпись)                                         (ФИО)

Приложение 2  
к [Порядку](http://mbuz-rodcrb.ru/index.php/informatsiya/vybor-vracha-i-meditsinskoj-organizatsii#1000) прикрепления  
застрахованных лиц  
к государственным учреждениям  
здравоохранения города Москвы  
оказывающим первичную  
медико-санитарную помощь

                                             Главному врачу

                                             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                             От гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                  (Ф.И.О. полностью)

Заявление

о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                            (фамилия, имя, отчество)                                                                                                                                   (Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мужской/женский \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                                                                                                        число, месяц, год                                                 нужное подчеркнуть

законным представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                       (указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) и т.д., а также недееспособность; в) попечительство вид, номер, дату и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                место выдачи документа, подтверждающего право законного представителя)

Прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                                                                                        (полное наименование медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                   (по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть)

Место регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ регистрирующегося гражданина:

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                                                                                          (наименование органа, выдавшего документ

Настоящим   подтверждаю  выбор  Вашей  медицинской  организации  для получения    первичной  медико-санитарной  помощи  гражданином,  законным

представителем  которого  я  являюсь,  и  согласие  на  использование его персональных  данных  при  их  обработке  в  соответствии  с  действующим

законодательством Российской Федерации.

С  порядком  оказания  неотложной  медицинской  помощи  на  дому  по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Личная подпись             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                                                                                                     (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "01" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года Участок N \_\_\_\_\_\_ Врач - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  (подпись)              (ФИО главного врача)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с  решением  главного  врача выдана на руки.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Получил копию заявления    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                         (подпись)                                         (ФИО)