

Главному врачу Каскуловой А.Ф

От _____
(ФИО полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫБОРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения, _____ место рождения _____

число, месяц, год
пол: муж / жен, гражданство _____, инвалидность _____

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к
ГБУЗ Городская поликлиника №1" г. о. Нальчика (360000, КБР, г. Нальчик, ул. Кешокова, д. 62)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____

выдан страховой медицинской организацией _____

«__» _____ 20__ года. СНИЛС _____

Домашний адрес: _____

по месту жительства, по месту пребывания, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть)

Адрес по месту регистрации: _____

дата регистрации _____ Прикреплен к МО _____

(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт: серия _____ № _____ выдан «__» _____ года

(Наименование органа, выдавшего документ)

Контактный телефон _____

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. С порядком оказания НМП на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен. С перечнем, согласно п. 2.3 Регламента ознакомлен.

«__» _____ 20__ года. Подпись ✓ _____

Дата регистрации заявления «__» _____ 20__ года.

Решение главного врача: Прикрепить с «__» _____ 20__ года

гражданина _____ Участок № ____ Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (фамилия, имя, отчество)

Отказать в прикреплении в связи _____

(подпись) (ФИО)

«__» _____ 20__ года

М.П.

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

«__» _____ 20__ года. Получил копию заявления _____
подпись (ФИО)

Информированное согласие с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

дата рождения « ____ » _____ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов (участковых), 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.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсов возможностей (врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

✓ _____
(подпись) _____
(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____
(ФИО медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата оформления)