

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Пермского края  
«Городская поликлиника № 7»**

**ПРИКАЗ**

08.06.2020 г.

№ 217

« Об утверждении порядка приёма заявлений  
от граждан о выборе медицинской организации  
в поликлиниках ГБУЗ ПК «ГП №7»

В целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации и в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 06.04.2012 г. №СЭД-34-01-06-156, а также в связи с произошедшими структурными и кадровыми изменениями

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые:
  - 1.1. Порядок приема Заявлений граждан и обмена информацией с медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, при поступлении Заявления в учреждение (далее - Порядок) в соответствии с приложением №1 к настоящему приказу.
  - 1.2. Формы Заявлений о выборе медицинской организации (далее - Заявление) в соответствии с приложениями №2-11 к настоящему приказу.
2. Назначить лицом, ответственным за организацию приема Заявлений от граждан и обмена информацией с медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями – заведующую информационно-аналитическим отделением Мысову О.А..
3. Назначить лицом, ответственным за прием, регистрацию Заявлений, проверку достоверности информации, указанной в Заявлении, обмен с медицинскими

организациями и страховыми медицинскими организациями информацией, предусмотренной Порядком посредством Единой информационной системы здравоохранения Пермского края, информирование гражданина о результатах рассмотрения Заявления регистратора, ответственного за работу регистратуры.

4. Заведующей информационно-аналитическим отделением Мысовой О.А.:

4.1. Организовать ежедневно в рабочие дни с 8-00 до 15-00 прием Заявлений ответственным лицом в соответствии с Порядком, утвержденным пунктом 2.2 настоящего приказа;

4.2. Обеспечить наличие на информационных стендах в поликлиниках ГБУЗ ПК «ГП №7», а также на официальном сайте <http://permgrp7.ru/> настоящего приказа с приложениями, актуального перечня врачей-терапевтов участковых, информации о количестве граждан, выбравших указанных врачей терапевтов участковых, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных врачей терапевтов участковых при оказании ими медицинской помощи на дому.

4.3. Обеспечить передачу информации о гражданах, выбравших ГБУЗ ПК «ГП №7» в качестве медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в медицинские организации, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по Пермскому краю, в страховые медицинские организации по электронной почте или посредством Единой информационной системы здравоохранения Пермского края.

5. Признать утратившим силу Приказ по ГБУЗ ПК «ГП №7» от 25.06.2012 г. №209 «Об утверждении порядка приема заявлений о выборе медицинской организации».

6. Секретарю Федосеевой Ю.Т. ознакомить с приказом заместителей главного врача, заведующих структурными подразделениями, ответственных лиц, поименованных в настоящем приказе.

7. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Сташкову Е.А..

Главный врач



Ю.В. Шеина

**Порядок приема Заявлений граждан и обмена информацией с медицинскими организациями, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Пермского края и страховыми медицинскими организациями при поступлении Заявления, информирования гражданина о результатах рассмотрения Заявления.**

1. Настоящий Порядок регулирует отношения, связанные с выбором гражданином ГБУЗ ПК «ГП №7» для оказания первичной медико-санитарной помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин.
2. Выбор или замена ГБУЗ ПК «ГП №7», осуществляется гражданином, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (далее - гражданин), путем обращения в поликлинику №2 ГБУЗ ПК «ГП №7». Выбор или замена медицинской организации осуществляется гражданином не чаще 1 раза в год, за исключением случаев смены места жительства.
3. Для выбора ГБУЗ ПК «ГП №7», гражданин лично или через своего представителя обращается в кабинет регистратора, ответственного за работу регистратур, в поликлинику №2 ГБУЗ ПК «ГП №7», озвучив целью обращения выбор ГБУЗ ПК «ГП №7» в качестве медицинской организации для оказания ему первичной медико-санитарной помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.
4. Регистратор предоставляет гражданину для заполнения бланк заявления о выборе медицинской организации (далее - заявление), обеспечивает гражданину место (стол, стул) для заполнения Заявления, дает при необходимости пояснения по заполнению Заявления, предоставляет для ознакомления информацию о перечне врачей терапевтов участковых, о количестве граждан выбравших указанных врачей, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных врачей при оказании ими медицинской помощи на дому.
5. При подаче заявления администратору или регистратору гражданином предъявляются оригиналы следующих документов:  
\*для граждан Российской Федерации:

- паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта;

- полис обязательного медицинского страхования;

- снилс

\* для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

- удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации и полис обязательного медицинского страхования;

\* для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; вид на жительство; полис обязательного медицинского страхования;

\* для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; вид на жительство; полис обязательного медицинского страхования;

\* для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации; полис обязательного медицинского страхования;

\* для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность; полис обязательного медицинского страхования;

\* для представителя гражданина, в том числе законного:

документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя.

6. В случае изменения места жительства - гражданин обязан представить документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

7. После получения заявления регистратор сверяет информацию, указанную в Заявлении, с оригиналами предоставленных гражданином документов, регистрирует полученное Заявление в журнале регистрации, в течение двух рабочих дней направляет письмо посредством электронной почты или Единой информационной системы здравоохранения Пермского края о подтверждении информации, указанной гражданином в заявлении, в медицинскую организацию, указанную гражданином в заявлении в которой последний находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления.

8. В течение двух рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, регистратор направляет заявление главному врачу (при его отсутствии заместителю главного врача по медицинской части) для решения вопроса о принятии гражданина на первичное медико-санитарное обслуживание в ГБУЗ ПК «ГП №7».

9. После принятия решения по Заявлению главным врачом (при его отсутствии заместителем главного врача по медицинской части) заявление возвращается регистратору. Регистратор информирует гражданина (его представителя) о принятом по Заявлению решению в устной форме (лично, посредством телефонной связи) или посредством электронной почты, указанной в заявлении, о принятии гражданина на медицинское обслуживание в ГБУЗ ПК «ГП №7» с указанием номера терапевтического участка и ФИО врача – терапевта участкового. Сведения о способе и дате информирования гражданина о принятом по Заявлению решению вносятся в журнал регистрации заявлений.

10. В случае отказа в принятии гражданина на первичное медико-санитарное обслуживание в ГБУЗ ПК «ГП №7» гражданин информируется о принятом решении официальным письмом, направленным на адрес, указанный в Заявлении.

11. В течение трех рабочих дней после информирования гражданина о принятии его на медицинское обслуживание в ГБУЗ ПК «ГП № 7», регистратор направляет посредством

электронной почты или Единой информационной системы здравоохранения Пермского края в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, и в страховую медицинскую организацию, указанную гражданином в заявлении, а также в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание в ГБУЗ ПК «ГП №7», а так же запрашивает копию медицинской документации в медицинской организации, в которой гражданин находился на медицинском обслуживании на момент подачи заявления.

12. Все данные о датах направления и получения информации из медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления вносятся администратором или регистратором на обратной стороне заявления.

Утверждаю \_\_\_\_\_ Ю.В.Шейна

ул. Крупской, 57а, г. Пермь  
ГБУЗ ПК «ГП № 7»  
Главному врачу  
Ю.В. Шейной

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_ Пол: М/Ж (подчеркнуть)  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г., место рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_ Паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

\_\_\_\_\_ (кем выдан и дата выдачи)

Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) \_\_\_\_\_

Место регистрации \_\_\_\_\_

дата регистрации \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ г., место работы \_\_\_\_\_

Контактная информация: \_\_\_\_\_  
(телефон, e-mail)

Номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

Наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином \_\_\_\_\_

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_

**НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ ВЫБОР ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА  
№ 7» В КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ  
МЕДИКО – САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

Я ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов участковых, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

Информация, указанная в заявлении мною проверена, соответствует представленным документам  
\_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Утверждаю \_\_\_\_\_ Ю.В.Шеина  
(оборотная сторона заявления)

**Заполняется администратором (регистратором) регистратуры ГБУЗ ПК «ГП № 7»**

1) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года в медицинскую организацию \_\_\_\_\_  
(название медицинской организации указанной в Заявлении)

направлен запрос по электронной почте о подтверждении информации, указанной в заявлении.

\_\_\_\_\_ (подпись)

2) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года информация, указанная в заявлении подтвердилась  
или ответа из медицинской организации указанной в Заявлении не получено (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (подпись)

3) ВЫБОР ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО  
КРАЯ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 7» СОГЛАСОВАН.

Главный врач \_\_\_\_\_ (Ю.В. Шеина)

4) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года гражданин информирован о принятии его на медицинское  
обслуживание в ГБУЗ ПК «ГП № 7» по телефону, посредством почтовой связи, электронной почты  
\_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (подпись)

4) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание  
в ГБУЗ ПК «ГП № 7» передано по электронной почте в медицинскую организацию

\_\_\_\_\_ (подпись)

(название медицинской организации указанной в Заявлении)

5) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание  
в ГБУЗ ПК «ГП № 7» передано по электронной почте в страховую медицинскую организацию

\_\_\_\_\_

(название страховой медицинской организации указанной в Заявлении)

\_\_\_\_\_ (подпись)



Утверждаю \_\_\_\_\_ Ю.В.Шейна

ул. Крупской, 57а, г. Пермь  
ГБУЗ ПК «ГП № 7»  
Главному врачу  
Ю.В. Шейной

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о выборе медицинской организации

(для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах").

Я, \_\_\_\_\_ Пол: М/Ж (подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г., место рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_ Паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

\_\_\_\_\_ (кем выдан и дата выдачи)

Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) \_\_\_\_\_

Место регистрации \_\_\_\_\_

дата регистрации \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г., Контактная информация: \_\_\_\_\_

(телефон, e-mail)

Удостоверение беженца № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Дата окончания срока действия \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

Наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином \_\_\_\_\_

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_

**НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ ВЫБОР ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА  
№ 7» В КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ  
МЕДИКО – САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

Я ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов участковых, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

Информация, указанная в заявлении мною проверена, соответствует представленным документам  
\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Утверждаю \_\_\_\_\_ Ю.В.Шейна

ул. Крупской, 57а, г. Пермь  
ГБУЗ ПК «ГП № 7»  
Главному врачу  
Ю.В. Шейной

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о выборе медицинской организации**  
( для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации)

Я, \_\_\_\_\_ Пол: М/Ж (подчеркнуть)  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г., место рождения \_\_\_\_\_  
Гражданство \_\_\_\_\_  
Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) \_\_\_\_\_  
Место регистрации \_\_\_\_\_  
дата регистрации \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г., Контактная информация: \_\_\_\_\_  
Паспорт иностранного гражданина номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
Вид на жительство № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г  
Дата окончания срока действия \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г  
Номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
Наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином \_\_\_\_\_  
Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_

**НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ ВЫБОР ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 7» В КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО – САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

Я ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов участковых, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

Информация, указанная в заявлении мною проверена, соответствует представленным документам  
\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Утверждаю \_\_\_\_\_ Ю.В.Шейна

ул. Крупской, 57а, г. Пермь  
ГБУЗ ПК «ГП № 7»  
Главному врачу  
Ю.В. Шейной

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о выборе медицинской организации**  
(для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации)

Я, \_\_\_\_\_ Пол: М/Ж (подчеркнуть)  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г., место рождения \_\_\_\_\_  
Гражданство \_\_\_\_\_  
Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского  
работника) \_\_\_\_\_  
Место регистрации \_\_\_\_\_  
дата регистрации \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г., Контактная информация: \_\_\_\_\_  
Документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в  
качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_  
\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г дата окончания срока действия \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г  
Вид на жительство № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г  
Дата окончания срока действия \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
Наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином \_\_\_\_\_

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в  
которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_

**НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ ВЫБОР ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА  
№ 7» В КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ  
МЕДИКО – САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

Я ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов участковых, с количеством граждан, выбравших  
указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках)  
указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

Информация, указанная в заявлении мною проверена, соответствует представленным документам  
\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Утверждаю \_\_\_\_\_ Ю.В.Шейна

ул. Крупской, 57а, г. Пермь  
ГБУЗ ПК «ГП № 7»  
Главному врачу  
Ю.В. Шейной

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о выборе медицинской организации**  
(для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации)

Я, \_\_\_\_\_ Пол: М/Ж (подчеркнуть)  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г., место рождения \_\_\_\_\_  
Гражданство \_\_\_\_\_  
Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) \_\_\_\_\_  
Место регистрации \_\_\_\_\_  
дата регистрации \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г., Контактная информация: \_\_\_\_\_  
Паспорт иностранного гражданина с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г дата окончания срока действия \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г  
Документ, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г дата окончания срока действия \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г  
Номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
Наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином \_\_\_\_\_  
Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_

**НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ ВЫБОР ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 7» В КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО – САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

Я ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов участковых, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

Информация, указанная в заявлении мною проверена, соответствует представленным документам  
\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Утверждаю \_\_\_\_\_ Ю.В.Шейна

ул. Крупской, 57а, г. Пермь  
ГБУЗ ПК «ГП №7»  
Главному врачу  
Ю.В. Шейной

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о выборе медицинской организации**  
(для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации)

Я, \_\_\_\_\_ Пол: М/Ж (подчеркнуть)  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г., место рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) \_\_\_\_\_

Место регистрации \_\_\_\_\_

дата регистрации \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г., Контактная информация: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность

№ \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г дата окончания срока действия \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

Наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином \_\_\_\_\_

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_

**НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ ВЫБОР ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА  
№ 7» В КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ  
МЕДИКО – САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

Я ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов участковых, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.  
медицинской помощи на дому.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

Информация, указанная в заявлении мною проверена, соответствует представленным документам  
\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Утверждаю \_\_\_\_\_ Ю.В.Шейна

ул. Крупской, 57а, г. Пермь  
ГБУЗ ПК «ГП № 7»  
Главному врачу  
Ю.В. Шейной

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о выборе медицинской организации**  
( для представителя гражданина, в том числе законного)

Я, \_\_\_\_\_ Пол: М/Ж (подчеркнуть)  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г., место рождения \_\_\_\_\_  
Гражданство \_\_\_\_\_ Паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

\_\_\_\_\_ (кем выдан и дата выдачи)  
Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) \_\_\_\_\_  
Место регистрации \_\_\_\_\_  
дата регистрации \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ г., Контактная информация: \_\_\_\_\_

Паспорт серия представителя гражданина, в том числе законного \_\_\_\_\_ номер  
\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
дата \_\_\_\_\_  
в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места  
жительства \_\_\_\_\_  
Номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
Наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином \_\_\_\_\_

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в  
которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Подпись, расшифровка подписи)

**НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ ВЫБОР ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА  
№ 7» В КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ  
МЕДИКО – САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

Я ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов участковых, с количеством граждан, выбравших  
указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках)  
указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

Информация, указанная в заявлении мною проверена, соответствует представленным документам  
\_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Утверждаю \_\_\_\_\_ Ю.В.Шейна

ул. Крупской, 57а, г. Пермь  
ГБУЗ ПК «ГП № 7»  
Главному врачу  
Ю.В. Шейной

## Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

Я \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество)

даю информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в МБУЗ «ГП № 7» на проведение следующих видов медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» мне разъяснены, в доступной для меня форме понятия, порядок и правила проведения указанных выше видов медицинских вмешательств.

Мне предоставлена информация об основном содержании, перспективах, возможных осложнениях и последствиях этих вмешательств.

Мне разъяснены возможные последствия отказа от указанных выше видов медицинских вмешательств.

Находясь в здравом уме и твердой памяти, я данным документом даю добровольное согласие на проведение мне указанных выше медицинских вмешательств за исключением:

\_\_\_\_\_ (виды и методы неприемлемых медицинских диагностических и лечебных вмешательств)

\_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_ г. \_\_\_ часов \_\_\_ мин. \_\_\_\_\_ (подпись пациента)

\_\_\_\_\_ (подпись медработника)

Утверждаю \_\_\_\_\_ Ю.В.Шейна

ул. Крупской, 57а, г. Пермь  
ГБУЗ ПК «ГП № 7»  
Главному врачу  
Ю.В. Шейной

### Согласие на обработку персональных данных.

Я, \_\_\_\_\_

проживающий по адресу \_\_\_\_\_

месту регистрации \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия и номер \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

название выдавшего органа \_\_\_\_\_

подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных в ГБУЗ ПК «Городская поликлиника № 7», включающих: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);

пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; сведения об образовании, в том числе данные об образовательных организациях и о документах об образовании; наименование организации, оказывающей медицинские услуги; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии); анамнез; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения об оказанных медицинских услугах; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес МБУЗ «Городская поликлиника № 7» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ГБУЗ ПК «Городская поликлиника №7».

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

(Расшифровка подписи)