

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

ПРИКАЗ

14 августа 2025 года

№ 421

« 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» и в целях исполнения требований приказа Минздрава России от 14.04.2025 N 216н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. С 01.09.2025 года отменить приказ ГБУЗ ПК «ГП № 7» от 08.06.2020 года № 217 « Об утверждении порядка приёма заявлений от граждан о выборе медицинской организации в поликлиниках ГБУЗ ПК «ГП №7».
2. Назначить лицом, ответственным за организацию и контроль 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
 - в поликлинике № 1 — Юшкова Т.О.;
 - в поликлинике № 2 и в целом по медицинской организации— Демидова С.М.;
 - в поликлинике № 3 — Решетникова И.А.;
 - в поликлинике № 4 — Глушкова Н.Н.;
 - в поликлинике № 5 — Корсакова Е.Ю.
4. Заведующей информационно-аналитическим отделением Мысовой О.А.:
 - 4.1. Организовать ежедневно в рабочие дни с 8-00 до 20-00 прием Заявлений ответственным лицом в соответствии с Порядком, утвержденным настоящим приказом;
 - 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. Утвердить :

5.1. 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.

5.2. Формы Заявлений о выборе медицинской организации (далее - Заявление) в соответствии с приложениями № 2-11 к настоящему приказу.

6. Секретарю Плюсниковой О.С. 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. Ответственное лицо 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 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 ответственное лицо 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, ответственное лицо 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 ответственному лицу, который информирует гражданина (его представителя) о принятом по Заявлению решении 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.

13. В случае подачи заявления в форме электронного документа представляются следующие верифицированные сведения из документов гражданина: для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше: серия и номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность; единый номер полиса обязательного медицинского страхования; СНИЛС (при наличии).

Приложение №2
к приказу ГБУЗ ПК «ГП №7»
от 14 августа 2025 года № 421

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

**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

СНИЛС _____

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)

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)

Приложение №4
к приказу ГБУЗ ПК «ГП №7»
от 14 августа 2025 года № 421

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

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

СНИЛС _____

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)

Приложение №5
к приказу ГБУЗ ПК «ГП №7»
от 14 августа 2025 года № 421

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

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 _____

СНИЛС _____

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)

Приложение №6
к приказу ГБУЗ ПК «ГП №7»
от 14 августа 2025 года № 421

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

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 _____

СНИЛС _____

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)

Приложение №7
к приказу ГБУЗ ПК «ГП №7»
от 14 августа 2025 года № 421

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

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

СНИЛС _____

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, удостоверяющий 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)

Приложение №8
к приказу ГБУЗ ПК «ГП №7»
от 14 августа 2025 года № 421

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

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)

СНИЛС _____
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)

Приложение №9
к приказу ГБУЗ ПК «ГП №7»
от 14 августа 2025 года № 421

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

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

СНИЛС _____

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)

к приказу ГБУЗ ПК «ГП №7»
от 14 августа 2025 года № 421

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

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
либо законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина
либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту
регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании
согласия законным представителем)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании
законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на
которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе
врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее - виды
медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной
медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи
лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в _____

_____ (полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской
помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств,
их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также
предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что

я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его
законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Приложение №11
к приказу ГБУЗ ПК «ГП №7»
от 14 августа 2025 года № 421

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

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)