

Личное заявление о прикреплении к поликлинике

Право гражданина на выбор врача и медицинской организации закреплено федеральными законами от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон №323-ФЗ) и от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «О медицинском страховании в Российской Федерации», а также Приказом Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. N 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Правом на выбор или замену медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, обладает гражданин, достигший совершеннолетия либо приобретший дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия. Данное право в отношении ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия реализуется его родителями или другими законными представителями. Также по закону право выбора предоставляется не только гражданам РФ, но и имеющим полис ОМС лицам без гражданства и иностранцам, постоянно или временно проживающим в России.

В соответствии с ч. 2 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-педиатра, участкового, фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации».

Реализовать это право можно в любое время в течение всего календарного года, написав заявление о выборе медицинской организации в поликлинику. Именно заявление о выборе медицинской организации подтверждает факт выбора той или иной поликлиники.

Прикрепиться можно только к одной поликлинике.

Написание заявления касается, прежде всего, граждан, которые хотят изменить свое прикрепление к поликлинике. Если гражданин длительное время обслуживался в территориальной поликлинике по месту регистрации, то информация о нем имеется в поликлинике в паспорте врачебного участка. Поэтому даже без написания заявления помощь ему будет оказываться, как и раньше в полном объеме за счет средств обязательного медицинского страхования.

Порядок подачи заявления

Для выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением о выборе медицинской организации.

При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами РФ:

*свидетельство о рождении;

*документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

*полис обязательного медицинского страхования ребенка;

2) для граждан РФ в возрасте четырнадцати лет и старше:

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

*полис обязательного медицинского страхования;

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "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 РФ;

*полис обязательного медицинского страхования;

4) для иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ:

*паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

*вид на жительство;

*полис обязательного медицинского страхования;

5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в РФ:

*документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

*вид на жительство;

*полис обязательного медицинского страхования;

6) для иностранных граждан, временно проживающих в РФ:

*паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ;

*полис обязательного медицинского страхования;

7) для лиц без гражданства, временно проживающих в РФ:

*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;

8) для представителя гражданина, в том числе законного:

*документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя;

9) в случае изменения места жительства – документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

Главному врачу
ГБУЗ СО «ДГП №4 г. Нижний Тагил»
Третьяковой Л.К.

От гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента или законного представителя в отношении лица не достигшего возраста пятнадцати лет, несовершеннолетнего в возрасте старше пятнадцати лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте старше шестнадцати лет признанного в установленном законом порядке недееспособным)

дата рождения _____, пол мужской/женский, (нужное подчеркнуть)
(число, месяц, год)

прошу прикрепить меня/ моего ребенка (нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента _____
Возраст пациента _____ Дата рождения _____

для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ СО «ДГП № 4 г. Нижний Тагил».
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 даю согласие на использование моих/моего ребенка (нужное подчеркнуть) персональных данных при их сборе, обработке и хранении 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 " ____ " _____ 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)