

Главному врачу  
КДЦ ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта»  
236006, Калининградская область, г. Калининград, ул. 09 апреля, д. 60  
наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление  
Скалину Ю.Е.  
фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление

## Заявление о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии)  
пол \_\_\_\_\_; дата рождения \_\_\_\_\_; место рождения \_\_\_\_\_;  
Гражданство \_\_\_\_\_; данные документа, удостоверяющего личность:  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ орган выдавший документ \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;  
место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;  
место регистрации \_\_\_\_\_; дата регистрации \_\_\_\_\_;  
номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_;  
наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;

СНИЛС 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Место учебы (работы) \_\_\_\_\_;  
действующий лично или через своего представителя (нужное подчеркнуть)  
информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):  
\_\_\_\_\_;  
фамилия, имя, отчество (при наличии);  
отношение к гражданину \_\_\_\_\_;  
данные документа, удостоверяющего личность: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_ орган выдавший документ \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;

контактная информация: телефон \_\_\_\_\_, Email: \_\_\_\_\_;  
выбираю медицинскую организацию: **Клинико-диагностический центр ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта» (236006, г. Калининград, ул. 09 апреля, д. 60)**

наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление

для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в пределах территории Калининградской области и прошу принять меня на медицинское обслуживание в выбранную медицинскую организацию с **01 января 2024г.**

Причины выбора (смены) медицинской организации:

1) личный выбор не чаще чем один раз в год; 2) изменения места жительства или места пребывания  
(нужное подчеркнуть)

На момент подачи заявления я нахожусь на медицинском обслуживании в \_\_\_\_\_

наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании  
Я, ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей) 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, с порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности.  
Я, даю согласие на обработку моих персональных данных и совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(дата обращения) (подпись заявителя, фамилия, имя, отчество (при наличии))

Контактная информация для информирования гражданина (его представителя) о рассмотрении заявления: телефон \_\_\_\_\_, Email: \_\_\_\_\_,

## СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ

### 1) РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

\_\_\_\_\_

принять / отказать в принятии гражданина на медицинское обслуживание

\_\_\_\_\_

(причины отказа)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись)

### 2) Гражданин (его представитель) информирован о решении руководителя в

\_\_\_\_\_

(письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи))

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись)

### 3) Направлено письмо о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию:

\_\_\_\_\_

наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на дату подачи заявления

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись)

### 4) Информация из медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления:

\_\_\_\_\_

получена / не получена в срок, полученные сведения соответствуют / не соответствуют заявлению

### 5) Уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание направлено в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, и в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись ответственного лица)

### 6) Информация о снятии гражданина с медицинского обслуживания и копии медицинской документации гражданина получены / не получены

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись ответственного лица)

Принятие на медицинское обслуживание в ИС внесено, № \_\_\_\_\_

Принят на медицинское обслуживание на врачебный участок № \_\_\_\_\_

Медицинская карта \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись ответственного лица)