

Главному врачу
ОБУЗ «Курская городская поликлиника №5»
Старковой С.А.
от _____
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____, дата рождения _____,
(фамилия, имя, отчество) _____ число, месяц, год _____
место рождения _____, пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть), гражданство _____,
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к Областному
бюджетному учреждению здравоохранения «Курская городская поликлиника №5» (г. Курск, ул. Запольная, 43А).
Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N _____ выдан страховой
медицинской организацией _____ " " _____ г.
Домашний адрес: _____
по месту жительства, по месту пребывания, по месту фактического проживания, без регистрации (нужное подчеркнуть)
Адрес по месту регистрации: _____, дата регистрации _____
Социальный статус: **работает, не работает, учащийся, пенсионер** (нужное подчеркнуть).
Место работы (учебы): _____ Должность: _____
Прикреплен/не прикреплен (нужное подчеркнуть) к медицинской организации _____
(наименование МО)
Вид документа, удостоверяющего личность: _____ серия _____ N _____,
выдан " " _____ года _____
(наименование органа, выдавшего документ)
код подразделения _____.
Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

" " _____ 20__ года Подпись _____ (_____)
(Ф.И.О.)

Заполняется работником поликлиники

Дата и время регистрации заявления: " " _____ 20__ года _____:_____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с " " _____ 20__ года гражданина _____
(фамилия, имя, отчество)

Участок N _____ Врач: _____
(фамилия, имя, отчество)

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__ года получил копию заявления _____ / _____
(подпись) (ФИО)

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я _____, (Ф.И.О. полностью)
_____ года рождения, СНИЛС _____ проживающий по адресу:
(дата рождения) _____, контактный телефон: _____
(место регистрации)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ОБУЗ «Курская городская поликлиника №5», г. Курск, Запольная, 43 а, (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях (включаящую в себя в том числе: сбор персональных данных; систематизация персональных данных; накопление персональных данных; передачу персональных данных определенному кругу лиц (передача персональных данных); хранение персональных данных; использование персональных данных; обезличивание персональных данных; уничтожение персональных данных; блокирование персональных данных; снятие блокирования автоматизированным, исключительно автоматизированным способами или без использования средств автоматизации в информационной системе персональных данных ОБУЗ «Курская городская поликлиника №5»).

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями в соответствии с действующим законодательством РФ;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными

(подпись, Ф.И.О. пациента)

(дата)

Заполняется работником поликлиники

<p>Пациент _____ прикреплен к территории обслуживания ОБУЗ «Курская городская поликлиника №5» на основании личного заявления Заявление и согласие на обработку ПД получено «__» _____ 201__ г. _____ ОБУЗ «КГП №5» _____ должность _____ ФИО сотрудника</p>	<p>Заявление о прикреплении к ОБУЗ «КГП №5» и согласие на обработку ПД пациента: _____ Получено «__» _____ 20__ Оператор _____</p>
---	---