|  |  |
| --- | --- |
| **«СОГЛАСОВАНО»**  **Председатель профкома**  **ГАУЗ «СП № 7»**  **А.И.Симон**    **«09» января 2018 г.** | **«УТВЕРЖДАЮ»**  **Главный врач**  **ГАУЗ «СП № 7»**  **О.И.Вартанов**  **«09» января 2018 г.** |

**ПРАВИЛА**

**ВНУТРЕННЕГО РАСПОРЯДКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ПОСЕТИТЕЛЕЙ**

**ГАУЗ «СП № 7ДЗМ»**

1. **Общие положения**
   1. Правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей Государственного автономного учреждения здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 7 Департамента здравоохранения города Москвы» (далее Правила) являются организационно-правовым документом, регламентирующим поведение пациентов и посетителей в медицинской организации.
   2. Настоящие Правила определяют нормы поведения посетителей на территории и помещениях Государственного автономного учреждения здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 7 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГАУЗ «СП № 7ДЗМ» и Поликлиника):

* обеспечения необходимых условий для функционирования поликлиники;
* обеспечения безопасности посетителей, а так же сотрудников поликлиники;
* соблюдения установленного порядка на территории и в помещениях поликлиники.

Порядок на территории и в помещениях поликлиники организуется администрацией и обеспечивается работниками поликлиники, в том числе сотрудниками ЧОП.

* 1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации, приказами и распоряжениями Департамента здравоохранения города Москвы, а также приказами и распоряжениями главного врача.
  2. Настоящие Правила обязательны для всех пациентов и посетителей, а также третьих лиц, обратившихся в ГАУЗ «СП № 7 ДЗМ» (далее Поликлиника).
  3. Правила разработаны в целях реализации предусмотренных законом прав пациента и создания наиболее благоприятных возможностей оказания пациенту своевременной медицинской помощи.
  4. При обращении в поликлинику пациенты и посетители обязаны ознакомиться с настоящими Правилами. Правила внутреннего распорядка включают:
* порядок обращения пациентов в Поликлинику.
* график работы Поликлиники.
* порядок оказания стоматологических услуг.
* информация о перечне платных медицинских услуг и порядке их оказания
* правила поведения пациентов и посетителей на территории Поликлиники
* порядок разрешения конфликтных ситуаций между пациентом (его представителем) и Поликлиникой - ответственность за нарушение правил.

1. **Порядок обращения пациентов в Поликлинику**

График работы поликлиники:

- рабочие дни с 8.00 до 20.00

- выходные и праздничные дни с 8.00 до 20.00

* 1. ГАУЗ «СП № 7 ДЗМ» оказывает **бесплатные лечебно-хирургические услуги в рамках ОМС** **взрослому населению, проживающему в районах** **Ломоносовкий, Гагаринский** Юго-Западного административного округа города Москвы (в соответствии с Приказом ДЗМ от 28 мая 2015 г. № 449 "Об утверждении Плана территориального раскрепления районов города Москвы за медицинскими организациями, оказывающими специализированную стоматологическую помощь»).
  2. ГАУЗ «СП № 7 ДЗМ» оказывает **бесплатные ортопедические услуги льготной категории населения, зарегистрированной в городе Москве,** в том числе на дому и в условиях стационара (на основании Закона г. Москвы от 03.11.2004г. № 70 «О мерах социальной поддержки отдельных категорий жителей города Москвы» и от 23.11.2005 г. № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве») **в соответствии с перечнем, утвержденным Департаментом здравоохранения города Москвы от 29.10.2015 г. № 909.**
  3. На основании приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 11 ноября 2016 г. № 922 «Об организации оказания медицинской помощи в неотложной форме взрослому населения при стоматологических заболеваниях» **ГАУЗ «СП № 7 ДЗМ» в выходные и праздничные дни оказывает первичную медико-санитарную помощь в неотложной форме взрослой категории населения Юго-Западного административного округа** **при стоматологических заболеваниях**.
  4. Для прикрепления к ГАУЗ «СП № 7 ДЗМ», гражданин лично или через своего представителя обращается с письменным заявлением о выборе медицинской организации в регистратуру Поликлиники. При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:
* паспорт;
* полис обязательного медицинского страхования;

Форма для заполнения заявления предоставляется в регистратуре (Приложение № 1, 2, 3)

* 1. Организация предварительной записи пациентов на прием к врачам осуществляется:
* по телефону регистратуры: 8(499)137-63-29
* при личном обращении в регистратуру
* через единую телефонную службу саll-центра 8 (495) 539-30-00
* через Интернет-порталы: emias.info; www.mos.ru/services;
* через мобильное приложение ЕМИАС для iOS, Android, Windows phone;
* через инфомат в холле Поликлиники (Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 20.12.2012 г № 1470 «Об оптимизации работы по ведению записи на прием к врачу в электронном виде»);
* через инфомат в любом другом лечебном учреждении города Москва;

Пациентам, обратившимся с острой зубной болью, оказывается стоматологическая неотложная помощь в момент обращения, в порядке общей очереди.

* 1. Дату и время на плановый прием пациент выбирает из имеющихся свободных талонов. При записи на плановый прием пациент обязан указать номер контактного телефона для информирования пациента, о непредвиденном изменении даты и времени приема.
  2. **Пациенты с острой зубной болью записываются в день обращения к дежурному врачу на ближайшее свободное время регистратором**. Дежурный врач оказывает необходимый объем стоматологической помощи (терапевтической или хирургической) для снятия острой зубной боли. При необходимости долечивание осуществляется в плановом порядке, указанном в п. 2.1.
  3. Участники ВОВ, ИВОВ, инвалиды 1, 2 группы, инвалиды-колясочники и другие льготные категории граждан обслуживаются вне очереди.
  4. В случае опоздания или неявки на заранее назначенный прием, пациент обязан предупредить об этом регистратора удобным для него способом не менее чем за 2 часа.
  5. В случае опоздания пациента более чем на 15 минут регистратор имеет право перенести время приема на ближайшую свободную дату.
  6. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача и других чрезвычайных обстоятельств, регистратор предупреждает пациента при первой возможности по контактному телефону, указанному пациентом при записи на плановый прием, а при явке пациента переносит время приема на ближайшую свободную дату.
  7. Для оформления необходимых медицинских документов на плановый прием пациент является в регистратуру не менее чем за 15 минут до назначенного времени.
  8. При первичном обращении в регистратуру, пациент обязан предоставить следующие документы:
     1. **В рамках территориальной программы ОМС:**
* документ удостоверяющий личность (паспорт)
* страховой полис обязательного медицинского страхования (ОМС)
  + 1. **Население, обслуживаемое за счет личных средств:**
* документ удостоверяющий личность (паспорт)
  + 1. **Категория граждан имеющих право на социальные льготы:**
* документ удостоверяющий личность (паспорт)
* документ подтверждающий право на льготы (удостоверение, пенсионное, инвалиды труда, ветераны ВОВ, инвалиды ВОВ и т.д.)
* страховой полис обязательного медицинского страхования (ОМС)
  + 1. **При повторных посещениях пациент предъявляет:**
* документ удостоверяющий личность (паспорт)
* полис обязательного медицинского страхования (ОМС).
  1. Для оформления медицинской карты стоматологического больного пациент предоставляет все необходимые документы при первичном обращении в регистратуру, при этом **медицинская карта является собственностью поликлиники и хранится в регистратуре. Медицинская карта на руки пациентам не выдается, а передается врачу регистратором. Самовольный вынос медицинской карты не допускается.**
  2. Пациент ожидает время приема в отведённых для этого местах в поликлинике, в кабинет проход только по приглашению медицинской сестры.
  3. При задержке планового приема врачом более чем на 15 минут по объективным, не зависящим от лечащего врача обстоятельствам, ожидающему пациенту предлагается перенести время приема на другой день, лечение в назначенное время у другого свободного специалиста, либо лечение в назначенный день с отсрочкой приема на время задержки у своего лечащего врача.
  4. **Для инвалидов с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности предусмотрен вызов врача-стоматолога на дом. А также доставка в ГАУЗ «СП №7 ДЗМ» на специализированном транспорте.**
  5. В целях оптимизации процесса лечения для маломобильных групп граждан предусмотрена возможность оказания нескольких услуг (терапевтическое лечение, удаление, протезирование) в одно посещение, при отсутствии препятствующих показаний.

1. **Порядок оказания стоматологических услуг**
   1. Пациент сообщает лечащему врачу всю информацию, необходимую для постановки диагноза, проведения диагностических и лечебных мероприятий; информирует о принимаемых лекарственных средствах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях.
   2. Пациентам, имеющих соматические заболевания (бронхиальная астма, гипертония, сахарный диабет и др.) необходимо иметь при себе медикаменты, рекомендованные соответствующим лечащим врачом.
   3. После разъяснения врача пациент подписывает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства. **Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство является необходимым условием для начала оказания медицинской помощи.**
   4. Пациент обязан ознакомится с рекомендательным планом лечения и при согласии с ним подписать и добросовестно его соблюдать.
   5. При изменении состояния здоровья в процессе диагностики и лечения пациент немедленно информирует об этом лечащего врача.
   6. Пациент не вправе вмешиваться в действия лечащего врача, осуществлять иные действия, способствующие нарушению оказания медицинской помощи.
   7. **Нахождение сопровождающих лиц в кабинете врача запрещается.** В случаях физической недееспособности пациента допускается нахождение сопровождающих лиц в кабинете врача только с разрешения лечащего врача и при условии выполнения всех его указании.
   8. Непосредственно перед посещением врача пациент должен почистить зубы, ортопедические и ортодонтические конструкции зубной щеткой с пастой.
   9. В случае необходимости пациент может быть направлен в другую медицинскую организацию для проведения специальных исследований, процедур или операций. Например, для консультации или госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии, либо к узким специалистам (отоларинголог, невролог, аллерголог и др.)
   10. При невозможности проведения диагностических и лечебных манипуляций, в силу особенностей психосоматического состояния, врач вправе отказаться от наблюдения и лечения данного пациента и направить его в другие медицинские организации для альтернативных методов лечения (седация, общая анестезия).
   11. Лечащий врач имеет право отказаться от наблюдения и лечения пациента в случаях несоблюдения пациентом настоящих Правил, а также, если лечение может вызвать нежелательные последствия или в случае отсутствия медицинских показании для желаемого пациентом вмешательства.
2. **Информация о перечне платных медицинских услуг и порядке их оказания.**

Платные медицинские услуги, оказываемые населению, а также порядок и условия их предоставления населению установлены в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», иными нормативными правовыми актами, организационными распорядительными документами Российской Федерации, регламентирующими деятельность лечебных учреждений по организации платных медицинских услуг, а также «Положением об организации предоставления платных медицинских услуг в ГАУЗ «СП № 7 ДЗМ»

Право оказания платных медицинских услуг предусмотрено Уставом Поликлиники.

Поликлиника обязана обеспечивать граждан доступной и достоверной информацией о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условиях предоставления.

Платные медицинские услуги в Поликлинике оказываются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан только:

* при согласии гражданина, который должен быть предварительно уведомлен в понятной и доступной форме о возможности получения определенных видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Территориальной программы ОМС или в рамках протезирования льготной категории населения, зарегистрированной в городе Москве, за счет средств бюджета города Москвы;
* при наличии информированного добровольного отказа от бесплатной медицинской помощи и согласия на предоставление платных медицинских услуг, которые оформляются в Медицинской карте пациента.

Отказ пациента от получения медицинской помощи в рамках имеющихся возможностей действующей Территориальной программы ОМС или протезирования за счет средств бюджета города Москвы не может быть причиной уменьшения определенных видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых без взимания платы.

Без согласия пациента (заказчика) исполнитель (Поликлиника) не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на платной основе.

Пациент, пользующейся платными услугами, вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификатов специалистов, непосредственно участвующих в оказании платных услуг.

Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта оказания медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента (потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

При получении платных услуг отношения между пациентом (заказчиком) и исполнителем (Поликлиникой) оформляются Договором на предоставление платных медицинских услуг (далее - Договор). Договор составляется в 2 экземплярах, один из которых находится в Поликлинике, второй – у пациента (заказчика). В случае, если заказчиком является юридическое лицо, Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится в Поликлинике, второй - у пациента, третий - у заказчика.

При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации. При оказании пациенту платных услуг врачом Поликлиники, в установленном порядке, заполняется первичная медицинская документация. После оказания платной услуги пациенту (заказчику), по его желанию, выдаётся медицинское заключение установленной формы.

Стоимость платных медицинских услуг определяется калькуляцией с учетом всех расходов, связанных с предоставлением этих услуг. Стоимость медицинских услуг, предоставляемых по Договору определяется действующим на момент их предоставления «Прейскурантом платных медицинских услуг» Поликлиники, с которым пациент (заказчик) имел возможность ознакомиться при обсуждении условий Договора.

Порядок определения цен (тарифов) на платные медицинские услуги, предоставляемые в Поликлинике, являющейся государственным бюджетным учреждением здравоохранения, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей.

Информация о платных видах медицинских услуг, оказываемых населению Поликлиникой, а также порядок и условия их предоставления населению размещены на постоянно действующих информационных стендах в регистратуре и на официальном сайте Поликлиники.

Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, объем и качество которых должно соответствовать условиям договора.

Расчеты с гражданами за оказание платных медицинских услуг осуществляется с применением контрольно-кассовых аппаратов и выдачей кассового чека.

Датой оплаты медицинской услуги считается дата поступления наличных денежных средств пациента (заказчика) в кассу Поликлиники или на расчетный счет Поликлиники, указанный в Договоре.

Оплата любых платных медицинских услуг без оформления в кассах Поликлиники категорически запрещена! Оплата любых платных медицинских услуг не предоставляет право внеочередного обслуживания в ущерб гражданам, получающим бесплатную медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС или льготного зубопротезирования.

1. **Правила поведения пациентов и посетителей в Поликлинике**
   1. Пациентам и посетителям, в целях соблюдения общественного порядка, предупреждения и пресечения террористической деятельности, иных преступлении, соблюдения санитарно-эпидемиологического режима запрещается:

* проносить в помещения Поликлиники огнестрельное, газовое и холодное оружие, ядовитые, радиоактивные, химические и взрывчатые вещества, спиртные напитки и иные предметы средства, наличие которых у посетителя либо их применение (использование) может представлять угрозу для безопасности окружающих ;
* иметь при себе крупногабаритные предметы (в т.ч. хозяйственные сумки, рюкзаки, вещевые мешки, чемоданы, корзины и т.п.);
* употреблять пищу в коридорах, на лестничных маршах и других помещениях Поликлиники;
* курить на территории, крыльце, лестничных площадках, в коридорах, кабинетах, холе и других помещения Поликлиники;
* играть в азартные игры в помещениях и на территории поликлиники;
* громко разговаривать, в том числе по мобильному телефону, шуметь, хлопать дверями;
* оставлять малолетних детей без присмотра;
* выносить из помещений Поликлиники документы, полученные для ознакомления;
* изымать какие-либо документы из медицинских карт, со стендов и из информационных папок;
* размещать в помещения и на территории Поликлиники объявления без разрешения администрации;
* производить фото - и видеосъемку без предварительного разрешения администрации;
* выполнять в помещениях Поликлиники функции торговых агентов, представителей и находиться в помещениях Поликлиники в иных коммерческих целях;
* находиться в помещениях Поликлиники в верхней одежде и грязной обуви;
* оставлять без присмотра личные вещи в помещениях Поликлиники;
* пользоваться служебным телефоном;
* приносить и употреблять спиртные напитки, наркотические и токсичные средства;
* являться на прием к врачу в алкогольном, наркотическом и ином токсическом опьянении, а также при агрессивном поведении. В случае выявления указанных лиц они удаляются из помещений Поликлиники сотрудниками охраны и/или правоохранительных органов;
* посещать Поликлинику с домашними животными;
* производить подзарядку мобильных устройств от электрических сетей Поликлиники;

1. **Порядок разрешения конфликта:**
   1. В случае возникновения конфликтных ситуаций пациент (или его законный представитель) имеет право непосредственно обратиться к заведующим отделениями, дежурному администратору.
   2. При личном обращении пациент обязан предъявить документ, удостоверяющий личность (паспорт). Содержание устного обращения заносится в журнал «Регистрация обращений граждан»
   3. При устном обращении, ответ на обращение с согласия заинтересованного лица может быть дан в устной форме в ходе личного приема. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов.
   4. При неэффективности обращения (несвоевременности получения ответа, неудовлетворении ответом и т.д.) пациент может обращаться непосредственно к главному врачу Поликлиники согласно графику приема граждан или оставлять свое обращение в письменном виде в приемной.
   5. Граждане, в своем письменном обращении, в обязательном порядке указывают наименование учреждения, в которое направляет письменное обращение, фамилию, имя, отчество должностного лица, его должность, а так же свои фамилию, имя, отчество (желательно полностью), почтовый адрес (включая почтовый индекс, по которому должен быть направлен ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату. В случае необходимости в подтверждение своих доводов граждане прилагают к письменному обращению документы и материалы (либо их копии).
   6. Письменное обращение граждан подлежит регистрации и рассмотрению в порядке, установленном законодательством. Регистрация письменных обращений производится в приемной главного врача.
   7. Письменное обращение рассматривается в порядке, установленном действующим законодательством.
   8. Ответ на письменное обращение, поступившее в адрес администрации, направляется по почтовому адресу, указанному в обращении.
   9. В случае, если в обращении содержатся вопросы, решение которых не входит в компетенцию должностного лица, гражданину дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться.
2. **Ответственность за нарушение Правил:**
   1. Пациент несёт ответственность за последствия, связанные с отказом от медицинского вмешательства, за несоблюдение указаний (назначений и рекомендаций) медицинских работников, в том числе назначенного режима лечения, которые могут снизить качество медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.
   2. В случае нарушения пациентами и иными посетителями настоящих Правил общественного порядка, сотрудники и охрана Поликлиники вправе делать им соответствующие замечания, вызвать сотрудников частного охранного предприятия и/или наряд полиции, применять иные меры воздействия, предусмотренные действующим законодательством.
   3. Воспрепятствование осуществлению процесса оказания медицинской помощи, неуважение к сотрудникам Поликлиники, другим пациентам и посетителям, нарушение общественного порядка в здании и помещениях, на территории, причинение морального вреда персоналу, причинение вреда деловой репутации, а также материального ущерба имуществу, влечет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
   4. Администрация поликлиники не несет ответственности за ценные вещи, документы, деньги, сотовые телефоны, ювелирные украшения и пр.

|  |
| --- |
| Приложение № 1  К Правилам внутреннего распорядка  для пациентов и посетителей ГАУЗ «СП № 7 ДЗМ»  Приложение 1 к Регламенту прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС, утвержденному приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля 2015 года N 335/142 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | Руководителю медицинской организации | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | от гр. | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | (Ф.И.О. полностью) | | | | | | | | | | |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о выборе медицинской организации** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я, |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | , |
|  | (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| дата рождения | | |  | | | | | | , место рождения | | | | | |  | | | | | | | , |
|  | | | (число, месяц, год) | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  |
| гражданство | |  | | | | | | | | | | , пол мужской / женский (нужное подчеркнуть), | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Государственному автономному учреждению здравоохранения города Москвы «Стоматологическая поликлиника № 7 Департамента здравоохранения города Москвы» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | . |
| (полное наименование медицинской организации) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | , |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| выдан страховой медицинской организацией | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Место регистрации: | | | |  | | | | | | | , дата регистрации: | | | | | | |  | | | | . |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| Место жительства (пребывания): | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | . |
|  | | | | | | (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места 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 "\_\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | . |
| (наименование органа, выдавшего документ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Контактная информация | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | . |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | | | | | | | | | | |  | | | | | | ( |  | | | | ) |
|  | | | | | | | | | | | (подпись) | | | | | |  | (ФИО) | | | |  |
| Дата и время регистрации заявления: "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Прикрепить с "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года. Участок N | | | | | | | | | | | | |  | | | Врач | | |  | | | . |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отказать в прикреплении в связи с | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | . |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | ( |  | | | | | | | ) |
|  | | | | | | | | (подпись) | | | | | |  | (ФИО руководителя МО) | | | | | | |  |
| "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| М.П. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Получил копию заявления | | | | | | | |  | | | | | | ( |  | | | | | | | ) |
|  | | | | | | | | (подпись) | | | | | |  | (ФИО) | | | | | | |  |

|  |
| --- |
| Приложение № 2  К Правилам внутреннего распорядка  для пациентов и посетителей ГАУЗ «СП № 7 ДЗМ»  Приложение 2 к Регламенту прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС, утвержденному приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля 2015 года N 335/142 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | Руководителю медицинской организации | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | от гр. | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | (Ф.И.О. полностью) | | | | | | | |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о выборе медицинской организации** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я, |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | , |
|  | (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| прошу прикрепить гражданина | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| дата рождения | | |  | | | | | | | | | , место рождения | | | | | |  | | | | | | , |
|  | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  |
| гражданство | |  | | | | | | | | | | | | | | | , пол мужской / женский (нужное подчеркнуть), | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| представителем которого я являюсь: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | (указать основание: а) несовершеннолетний ребенок: б) недееспособность; | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| для оказания первичной медико-санитарной помощи к | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | . |
| (полное наименование медицинской организации) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | , |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| выдан страховой медицинской организацией | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Место регистрации: | | | |  | | | | | | | | | | | | | , дата регистрации: | | | | |  | | | | . | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| Место жительства (пребывания): | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | . |
|  | | | | | | (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Прикреплен к медицинской организации | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | (наименование) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | . |
| Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (наименование органа, выдавшего документ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Контактная информация | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | . |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | ( |  | | | | ) | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | (подпись) | | | | |  | (ФИО) | | | |  | |
| Дата и время регистрации заявления: "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Прикрепить с "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года. Участок N | | | | | | | | | | | | |  | | | Врач | | |  | | | | | . |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отказать в прикреплении в связи с | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | . | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | ( |  | | | | | | | | | ) |
|  | | | | | | | | (подпись) | | | | | |  | (ФИО руководителя МО) | | | | | | | | |  |
| "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| М.П. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Получил копию заявления | | | | | | | |  | | | | | | ( |  | | | | | | | | | ) |
|  | | | | | | | | (подпись) | | | | | |  | (ФИО) | | | | | | | | |  |

|  |
| --- |
| Приложение № 3  К Правилам внутреннего распорядка  для пациентов и посетителей ГАУЗ «СП № 7 ДЗМ»  Приложение 3 к Регламенту прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС, утвержденному приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля 2015 года N 335/142 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Информированное согласие с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации | | | | | | |
| Я, | |  | | | | , |
|  | | (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя) | | | |  |
| дата рождения "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года, | | | | | | |
| подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов (участковых), врачей-педиатров, врачей-педиатров (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. | | | | | | |
| Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования). | | | | | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
| (подпись) | | |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
| (подпись) | | |  | (Ф.И.О. медицинского работника) | | |
| " | " |  | | | г. | |
|  |  | (дата оформления) | | |  | |