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 г. 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)