

Российская Федерация
Министерство здравоохранения Московской области
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«Центральная городская больница им. М. В. Гольца»
141195, Московская обл., г. Фрязино, ул. Московская, д.7,
Тел./Факс 8 (496) 255-40-21
E-mail: muz@fryazino.net

ПРИКАЗ

№ _____

« 23 » мая 2016 г.

Об утверждении форм документов,
необходимых для реализации права гражданина
на выбор государственного учреждения
здравоохранения и на проведение
медицинского вмешательства

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы документов, необходимых для реализации права гражданина на выбор государственного учреждения здравоохранения и на проведение медицинского вмешательства:
 - 1.1. Заявление о прикреплении для медицинского обслуживания к государственному учреждению здравоохранения (приложение № 1).
 - 1.2. Уведомление гражданина о принятии его на медицинское обслуживание в государственное учреждение здравоохранения (приложение № 2).
 - 1.3. Открепительный талон на получение медицинской помощи в других государственных учреждениях здравоохранения (приложение № 3).
 - 1.4. Уведомление медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, и страховой медицинской организации о принятии гражданина на медицинское обслуживание (приложение № 4).
 - 1.5. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (приложение № 5).
 - 1.6. Отказ от видов медицинского вмешательства, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при

выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (приложение № 6).

- 1.7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении определенного вида медицинского вмешательства (приложение № 7)
- 1.8. Отказ от медицинского вмешательства в отношении определенного вида медицинского вмешательства (приложение № 8).

Главный врач ГАУЗ МО
«ЦГБ имени М. В. Гольца»
В. Д.

Пермяков

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

Главному врачу ГУЗ _____

Ф.И.О.

Наименование и фактический адрес ГУЗ, принявшего заявление

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о прикреплении для медицинского обслуживания
к государственному учреждению здравоохранения**

Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь)

ФИО пациента

для медицинского обслуживания в Вашем государственном учреждении
здравоохранения

Пол мужской/ женский Дата рождения

Место рождения

нужное подчеркнуть

Гражданство

Место жительства

адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского
работника

Место регистрации

Дата регистрации

ФИО представителя гражданина

Отношение к гражданину

Документ, подтверждающий личность гражданина (представителя)

номер, серия, когда и кем выдан
№ полиса

Наименование страховой организации

Наименование и фактический адрес ГУЗ, где гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления

Причина прикрепления (подчеркнуть): замена ГУЗ с правом замены один раз в течение календарного года; смена места жительства, другие причины(указать)

Ф.И.О. законного представителя пациента

Документ, подтверждающий личность представителя

номер, серия, когда и кем выдан

Ознакомлен(а) с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики, 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. _

подпись

« _____ » 20 ____ г.
контактный тел. подпись дата

+ При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:

для детей после государственной регистрации рождения и до 14 лет, являющихся гражданами РФ:

- свидетельство о рождении;
- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
- полис обязательного медицинского страхования ребенка;

для граждан РФ в возрасте 14 лет и старше:

- паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта;
- полис обязательного медицинского страхования;

для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «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 временно-го убежища на территории РФ;
- полис обязательного медицинского страхования;

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;

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;

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;

для лиц без гражданства, временно проживающих в РФ:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ либо документ установленной формы, выдаваемый в РФ лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

- полис обязательного медицинского страхования;

для представителя гражданина, в том числе законного:

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

в случае изменения места жительства:

- документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

УВЕДОМЛЕНИЕ № _____
о принятии гражданина на медицинское обслуживание в государствен-
ное учреждение здравоохранения
Уведомляем

Вас _____

ФИО
проживающего по адресу

о принятии на медицинское обслуживание в

наименование ГУЗ
" _____ " _____ 20__ г.

Главный врач _____ / _____
подпись расшифровка подписи
М.П.

**Открепительный талон на получение медицинской помощи
в других государственных учреждениях здравоохранения
Ф.И.О. пациента**

Дата рождения (число, месяц, год)

Адрес прописки

Адрес фактического проживания

Наименование страховой медицинской организации

Серия и номер полиса

Дата выдачи полиса _____ Срок действия полиса до _____

Место учебы, работы

Наличие льгот (подчеркнуть): федеральные, региональные.

Причина открепления (подчеркнуть): перемена места жительства,
смена лечебно-профилактического учреждения, другие причины (указать)

Планируемое для прикрепления на медицинское обслуживание государ-
ственное
медицинское учреждение

" ____ " _____ 20 ____ г.

Дата снятия с учета

Главный врач _____ / _____

М.П. подпись расшифровка подписи

Главному врачу (или руководителю) _____
наименование ГУЗ

_____ (или страховой медицинской организации)

_____ ФИО

_____ юридический и фактический адрес

УВЕДОМЛЕНИЕ № _____
о принятии гражданина на медицинское обслуживание
Уведомляем Вас о принятии на медицинское обслуживание
в _____

_____ наименование и адрес ГУЗ
гражданина _____,
проживающего по адресу

_____ ФИО

Основание для принятия на медицинское обслуживание: письменное заявление гражда-
нина о выборе медицинской организации.

" ____ " _____ 20 ____ г.

Главный врач _____ / _____
подпись расшифровка подписи
М.П.

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмеша-
тельств,
включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые
граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи**

Я, _____

Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя
« _____ » _____ г. рождения,

проживающий по адресу

: _____

адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмеша-
тельств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмеша-
тельств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации для получения первичной меди-
ко-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития Рос-
сии [от 23 апреля 2012 г. № 390н](#) (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012
г. № 24082) (далее - Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании
мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное
зачеркнуть)

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель
« _____ » _____ г. рождения,
проживающего по адресу:

адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель
первичной медико-санитарной помощи в

наименование медицинской организации
Медицинским работником

должность, Ф.И.О. медицинского работника

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для
меня форме, мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской по-
мощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмеша-
тельства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания меди-

цинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

Ф.И.О. _____
лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи

Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Подпись, Ф.И.О. медицинского работника

" ____ " _____ г.

Дата оформления информированного добровольного согласия

Отказ от видов медицинского вмешательства, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____

Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя
«_____» _____ г. рождения,

проживающий по адресу:

адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя
и при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (не-
нужное зачеркнуть)_

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель
«_____» _____ г. рождения, проживающему по адресу:

адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель первичной
медико-санитарной помощи в _____
наименование медицинской организации отказываюсь от следующих видов медицинского
вмешательства, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и
медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвер-
жденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. №
390н(зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - виды медицин-
ских вмешательств):

—

—

—

Медицинским работником

должность, Ф.И.О. медицинского работника
в доступной для меня форме мне даны разъяснения о возможных последствиях отказа от
вышеуказанных видов медицинских вмешательств. Мне разъяснено, что после оформле-
ния настоящего отказа, при возникновении необходимости проведения отдельного вида
медицинского вмешательства, я имею право дать информированное добровольное согла-
сие на одно или несколько видов медицинских вмешательств, указанных в настоящем от-
казе от видов медицинского вмешательства.

Подпись Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Подпись Ф.И.О. медицинского работника

«_____» _____ г.

Дата оформления отказа от вида медицинского вмешательства.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмеша-
тельство**

в отношении определенного вида медицинского вмешательства

Я _____

Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя
« _____ » _____ г. рождения,
проживающий по адресу:

адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя
даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему
ребенку, лицу, чьи законным представителем я являюсь (ненужное зачерк-
нуть)

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель
« _____ » _____ г. рождения,
проживающего по адресу:

адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель

медицинское вмешательство

наименование вида медицинского вмешательства

Медицинским работником

должность, Ф.И.О. медицинского работника
в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказа-
ния медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах
медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых
результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что перед осу-
ществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от ме-
дицинского вмешательства.

Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного пред-
ставителя

Подпись, Ф.И.О. медицинского работника

«_____» _____ Г

Дата оформления информированного добровольного согласия

**Отказ от медицинского вмешательства в отношении
определенного вида медицинского вмешательства**

Я, _____

Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя
« ____ » _____ г. рождения,
проживающий по адресу:

адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя
при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я
являюсь
(ненужное зачеркнуть)

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель
« ____ » _____ г. рождения,
проживающему по адресу:

адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель
медицинской помощи в

наименование медицинской организации
отказываюсь от предложенного мне, моему ребенку, лицу, чьим законным
представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) вида медицинского вмеша-
тельства _____

наименование вида медицинского вмешательства

Медицинским работником

должность, Ф.И.О. медицинского работника
в доступной для меня форме мне даны разъяснения о возможных послед-
ствиях отказа
от вышеуказанного вида медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что
при возникновении необходимости проведения медицинского вмешательства
я имею право дать информированное добровольное согласие на медицинское
вмешательство, указанное в настоящем отказе от медицинского вмешатель-
ства.

Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Подпись, Ф.И.О. медицинского работника

«___» _____ __ ____ Г.
Дата оформления отказа от медицинского вмешательства.