



**КонсультантПлюс**

Приказ Департамента здравоохранения г.  
Москвы и МГФОМС от 27.04.2015 N 335/142  
(ред. от 08.07.2021)

"Об утверждении Регламента 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"

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

[www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)

Дата сохранения: 02.02.2022

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ**  
**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**  
**МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО**  
**МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ПРИКАЗ**  
**от 27 апреля 2015 г. N 335/142**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТА 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**

Список изменяющих документов  
(в ред. [приказа](#) Департамента здравоохранения г. Москвы и МГФОМС  
от 08.07.2021 N 655/381)

В соответствии со [статьей 21](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", [статьей 16](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", [приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи", в целях реализации права выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи, обеспечения ведения учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС), к медицинским организациям приказываем:

1. Утвердить и ввести в действие с 1 мая 2015 г. [Регламент](#) прикреплению 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 (далее - Регламент) согласно приложению к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, организовать работу по реализации права гражданина на выбор медицинской организации для

---

оказания ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и ведению учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям в соответствии с вышеуказанным [Регламентом](#).

3. Считать утратившим силу [приказ](#) Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 5 октября 2012 г. N 1067/147 "Об утверждении Порядка прикрепления граждан, застрахованных по ОМС, к государственным учреждениям здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь".

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Старшинина А.В. и заместителя директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, начальника Управления организации ОМС Туринского Г.А.

(п. 4 в ред. [приказа](#) Департамента здравоохранения г. Москвы и МГФОМС от 08.07.2021 N 655/381)

Министр Правительства Москвы,  
руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы  
А.И. Хрипун

Директор Московского городского  
фонда обязательного медицинского  
страхования  
В.А. Зеленский

Приложение  
к приказу Департамента  
здравоохранения города Москвы  
и Московского городского фонда  
обязательного медицинского страхования  
от 27 апреля 2015 г. N 335/142

**РЕГЛАМЕНТ  
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**

---

## 1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент регулирует вопросы взаимодействия участников ОМС в части порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города Москвы (далее - застрахованные лица), 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, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население (далее - медицинские организации).

Действие настоящего Регламента не распространяется на отношения по выбору медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

1.2. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями), путем обращения в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, с заявлением о выборе медицинской организации (далее - заявление).

1.3. Для получения первичной медико-санитарной помощи застрахованные лица имеют право осуществить выбор или замену медицинской организации, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина) с даты регистрации предыдущего заявления о выборе медицинской организации в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы (далее - РС ЕРЗЛ).

1.4. Для участников системы ОМС города Москвы РС ЕРЗЛ является уникальным источником информации при установлении (проверке) страховой принадлежности застрахованных лиц и данных об их прикреплении к медицинской организации. Медицинские организации на основании поданных заявлений регистрируют прикрепление застрахованных лиц с использованием функциональных возможностей автоматизированной информационной системы города Москвы "Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы" (далее - ЕМИАС).

1.5. Медицинская организация осуществляет учет прикрепленных застрахованных по ОМС и несет ответственность перед страховыми медицинскими организациями и Московским городским фондом обязательного медицинского страхования (далее - МГФОМС) за недостоверность информации о прикреплении застрахованных лиц.

---

## 2. Взаимоотношения застрахованных лиц

## и медицинских организаций

2.1. Заявление о выборе застрахованным лицом медицинской организации подается от имени застрахованного лица или его представителя на имя руководителя медицинской организации по формам, установленным настоящим Регламентом ([приложения 1, 2](#)).

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: приказ Минздравсоцразвития России N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" издан 26.04.2012, а не 26.05.2012.

2.2. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов в соответствии с [пунктом 5](#) приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".

2.3. При осуществлении выбора медицинской организации застрахованное лицо должно быть ознакомлено с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, с порядком оказания медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому, с порядком 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).

По результатам ознакомления оформляется Информированное [согласие](#) застрахованного лица с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации по форме, установленной настоящим Регламентом ([приложение 3](#)).

2.4. Медицинская организация должна проинформировать застрахованное лицо о возможности быть прикрепленным только к одной медицинской организации.

Медицинская организация посредством электронной связи, СМС-оповещения и иных способов информирования должна проинформировать родителей или иных законных представителей застрахованного лица, не достигшего совершеннолетия, в течение одного года до достижения им совершеннолетия о необходимости реализации его права на выбор медицинской организации, возникающего с момента наступления совершеннолетия.

(п. 2.4 в ред. [приказа](#) Департамента здравоохранения г. Москвы и МГФОМС от 08.07.2021 N 655/381)

2.5. В день приема заявления медицинская организация с использованием функциональных возможностей ЕМИАС осуществляет запрос в РС ЕРЗЛ для установления (проверки) страховой принадлежности застрахованного лица и прикрепления к медицинской организации.

---

2.6. Руководитель медицинской организации в сроки, установленные [пунктами 7-9](#) приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи":

2.6.1. Принимает решение о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации либо о мотивированном отказе в прикреплении.

2.6.2. При наличии в РС ЕРЗЛ информации о прикреплении застрахованного лица к другой медицинской организации по заявлению, зарегистрированному в РС ЕРЗЛ менее одного года назад (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания застрахованного лица), отказывает застрахованному лицу в прикреплении к медицинской организации с указанием в заявлении в качестве мотивированной причины отказа: "В течение года по инициативе гражданина уже изменялось приращение к медицинской организации".

2.6.3. Информировует застрахованное лицо (его представителя) посредством электронной связи, СМС-оповещения, иных способов о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации либо об отказе в прикреплении с указанием мотивированной причины отказа. По требованию застрахованного лица (его представителя) на руки выдается копия заявления с решением руководителя медицинской организации, заверенная в установленном порядке.

2.7. Лицо, уполномоченное медицинской организацией, принявшей заявление, в день принятия руководителем медицинской организации решения о прикреплении застрахованного лица:

2.7.1. Регистрирует с использованием функциональных возможностей ЕМИАС информацию о прикреплении застрахованного лица (об отказе в прикреплении), осуществляет сканирование и сохранение подписанного руководителем медицинской организации заявления о выборе медицинской организации.

2.7.2. В случае если застрахованное лицо на момент подачи заявления имело приращение к другой медицинской организации, направляет посредством электронной связи или иным способом в указанную медицинскую организацию уведомление о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации, принявшей заявление.

2.8. После получения уведомления, указанного в [пункте 2.7.2](#) настоящего Регламента, медицинская организация, к которой застрахованное лицо имело приращение на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней направляет копию медицинской документации застрахованного лица в медицинскую организацию, принявшую заявление. При наличии в ЕМИАС электронной медицинской карты застрахованного лица копия медицинской документации застрахованного лица не пересылается (в части сведений, содержащихся в электронной медицинской карте).

2.9. В случае если застрахованное лицо на момент подачи заявления имело приращение к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, не входящей в государственную систему здравоохранения города Москвы, медицинская организация,

---

---

принявшая заявление, осуществляет взаимодействие с указанной медицинской организацией в порядке, определенном в [приказе](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".

2.10. Застрахованному лицу предоставляется возможность самостоятельной записи на прием к врачам по специальностям, установленным [приказом](#) Департамента здравоохранения города Москвы от 20 декабря 2012 г. N 1470 "Об оптимизации работы по ведению записи на прием к врачу в электронном виде", в той медицинской организации, к которой указанное застрахованное лицо имеет прикрепление.

2.11. В выбранной медицинской организации застрахованное лицо прикрепляется к участкам обслуживания в соответствии с установленным в данной медицинской организации распределением населения по участкам обслуживания в целях максимального обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи и соблюдения иных прав граждан.

2.12. Застрахованное лицо в выбранной медицинской организации имеет право осуществить выбор или замену не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) с учетом согласия врача, с соответствующим выбором или заменой участка обслуживания.

2.13. Застрахованные лица, прикрепленные к медицинским организациям до утверждения настоящего Регламента способом "по регистрации места жительства на территории обслуживания медицинской организации", сохраняют прикрепление к данным медицинским организациям до момента подачи ими заявления о выборе другой медицинской организации.

2.14. Заявления с результатами их рассмотрения подлежат учету и хранению в медицинской организации в течение всего срока прикрепления застрахованного лица к данной медицинской организации. В случае прикрепления застрахованного лица к другой медицинской организации заявление застрахованного лица, ранее прикрепленного к данной медицинской организации, хранится в данной медицинской организации в течение трех лет с даты получения уведомления, указанного в [пункте 2.7.2](#) настоящего Регламента.

Заявления, содержащие мотивированный отказ в прикреплении, хранятся в медицинской организации в течение трех лет с даты получения заявления.

Заявления предъявляются медицинской организацией страховым медицинским организациям, МГФОМС при проведении контрольных мероприятий.

### **3. Взаимоотношения медицинских организаций, страховых медицинских организаций и МГФОМС**

3.1. Медицинские организации с использованием функциональных возможностей ЕМИАС, по каналам информационного взаимодействия, посредством автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее - АИС ОМС) представляют в страховые медицинские организации перечень сведений о заявлениях

---

застрахованных лиц, в отношении которых принято решение о прикреплении.

3.2. Обмен данными между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями с использованием функциональных возможностей ЕМИАС и АИС ОМС осуществляется в соответствии с Порядком информационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования в автоматизированной информационной системе обязательного медицинского страхования г. Москвы, утвержденным МГФОМС, и Регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям г. Москвы, утвержденным МГФОМС.

Приложение 1  
к Регламенту прикреплению 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

Список изменяющих документов  
(в ред. приказа Департамента здравоохранения г. Москвы и МГФОМС  
от 08.07.2021 N 655/381)

Руководителю медицинской организации

от гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
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

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)  
N \_\_\_\_\_ выдан страховой медицинской организацией

---

В случае наличия временного свидетельства даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

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, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение

---

может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(подпись) (Ф.И.О.)

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) (Ф.И.О. 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) (Ф.И.О.)

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

Список изменяющих документов  
(в ред. приказа Департамента здравоохранения г. Москвы и МГФОМС  
от 08.07.2021 N 655/381)

Руководителю медицинской организации

от гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
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: \_\_\_\_\_

(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

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я  
являюсь, временного свидетельства даю согласие на регистрацию настоящего  
заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц  
города Москвы с момента установления страховой принадлежности  
застрахованного лица.

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 персональных  
данных застрахованного лица, представителем которого я являюсь, и моих  
персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату  
рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта  
(документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о  
состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской  
помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии  
рожденного мною ребенка - в медико-профилактических целях, в целях  
установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при  
условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально  
занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную  
тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи

я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(подпись) (Ф.И.О.)

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) (Ф.И.О. 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) (Ф.И.О.)

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

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)