

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 27.04.2015 № 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)

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 27.04.2015 № 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)