



АДМИНИСТРАЦИЯ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

11.08. 2014

г.Тамбов

№ 1047

Об утверждении форм документов, необходимых для реализации права гражданина на выбор медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Тамбовской области медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов

В целях реализации пункта 5, ст. 19, ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 №406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. форму заявления о выборе гражданином медицинской организации (врача), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, согласно приложению №1;

1.2. форму уведомления гражданина о принятии на медицинское обслуживание государственным учреждением здравоохранения согласно приложению №2;

1.3. форму уведомления медицинской организации о принятии гражданина на медицинское обслуживание согласно приложению №3.

2. Главным врачам областных государственных учреждений здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь:

2.1. разработать и утвердить порядок организации работы по прикреплению граждан к медицинской организации при оказании ему первичной медико-санитарной помощи;

2.2. назначить должностное лицо, ответственное за организацию работы по прикреплению граждан к вверенному учреждению;

2.3. разместить информацию о порядке организации работы по прикреплению граждан к медицинской организации и форм документов, утвержденных настоящим приказом, на официальном сайте и информационных стендах вверенного учреждения.

3. Признать утратившим силу приказ управления здравоохранения области от 14.03.2012 № 338 «Об утверждении формы заявления о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».

4. Опубликовать настоящий приказ на сайте сетевого издания «Тамбовская жизнь» (www.tamlife.ru).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Начальник управления
здравоохранения области



М.В.Лапочкина

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

УТВЕРЖДЕНО

приказом управления здравоохранения области

от 11.08. 2014 № 1044

Главному врачу (руководителю)

(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе гражданином медицинской организации (врача), оказывающей
первичную медико-санитарную помощь

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(-ая) по адресу: _____

(адрес постоянного места жительства)

нахожусь на медицинском обслуживании в _____,
(наименование медицинской организации, адрес)

застрахованный(-ая) по обязательному медицинскому страхованию в

(наименование страховой медицинской организации)

_____, полис обязательного медицинского страхования (временное
свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского
страхования) _____
(серия, номер)

выдан _____, настоящим подтверждаю выбор _____
(дата выдачи)

(наименование медицинской организации)

а также участкового врача _____

(Ф.И.О. врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача))

для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.

С количеством граждан, выбравших _____

(Ф.И.О. врача-терапевта (педиатра) участкового, врача общей практики (семейного врача))

ознакомлен(а).

Дата _____

(подпись)

УТВЕРЖДЕНО

OT 11.08. 2014 № 1044

Уведомление гражданина о принятии на медицинское обслуживание
государственным учреждением здравоохранения

Уведомляем Вас _____
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(-ая) по адресу: _____

(адрес постоянного места жительства)

О принятии на медицинское обслуживание в _____

(наименование государственного учреждения здравоохранения)

« » 20 г.

Главный врач _____ / _____
подпись расшифровка подписи

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ №3
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления здравоохранения области
от 11.08. 2014 № 1077

Главному врачу медицинской организации
(Руководителю страховой медицинской
организации)

(наименование медицинской организации
(страховой медицинской организации))

(Ф.И.О. главного врача (руководителя)
страховой медицинской организации)

Уведомление медицинской организации (страховой медицинской
организации) о принятии гражданина на медицинское обслуживание

Уведомляем Вас о принятии на медицинское обслуживание

В _____,
(наименование государственного учреждения здравоохранения)

гражданина _____
(фамилия, имя, отчество)

проживающего(-ую) по адресу:

Основание для прикрепления на медицинское обслуживание: письменное заявление
гражданина о выборе медицинской организации.

«__» _____ 20__ г.

Главный врач _____ / _____
подпись расшифровка подписи

М.П.