**Порядок прикрепления застрахованных лиц к ГБУЗ Калининградской области «Городская детская поликлиника»**

1. Заявление о выборе застрахованным лицом ГБУЗ Калининградской области «Городская детская поликлиника» для получения первичной медико-санитарной помощи в объеме государственных гарантий подается от имени застрахованного лица или его законного представителя на имя главного врача по установленной форме (Приложение № 2 к приказу) непосредственно в детское поликлиническое отделение по месту прикрепления лицу, ответственному за организацию работы по прикреплению.

2. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов в соответствии с пунктом 5 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»:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

свидетельство о рождении;

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

СНИЛС и полис обязательного медицинского страхования ребенка;

2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта;

СНИЛС и полис обязательного медицинского страхования;

3) для представителя гражданина, в том числе законного:

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

4) в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

3. Предоставленные документы проверяются лицом, ответственным за организацию работы по прикреплению, после чего заявление регистрируется в Журнале регистрации заявлений на прикрепление в течение двух рабочих дней. Для подтверждения информации, указанной в заявлении, направляется запрос по емайл в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании или был прикреплен на момент подачи заявления.

4. В течение двух рабочих дней после проверки документов и подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании или прикреплен на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, ответственное лицо информирует гражданина (его законного представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи) о принятии решения по медицинскому обслуживанию гражданина.

5. В течение трех рабочих дней после даты информирования гражданина о принятии заявления на медицинское обслуживание медицинская организация, принявшая заявление, направляет в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на учете или обслуживается на момент подачи заявления, и в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином, уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

6. После получения уведомлений из страховой медицинской организации и медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления о снятии с учета и получения медицинской документации из поликлиники, где гражданин обслуживался ранее, пациент приглашается в регистратуру, где ему проставляют штамп о прикреплении.

7. Заявления и прилагаемые документы подшиваются в дело в хронологическом порядке и хранятся в регистратуре.

8. Сводная ведомость о прикрепленных еженедельно проверяется лицами, ответственными за работу по прикреплению застрахованных лиц к ГБУЗ Калининградской области «Городская детская поликлиника», в том числе прикреплению с Госуслуг.

9. Утвержденные главным врачом списки на прикрепление граждан посредством закрытой электронной связи и определенным порядком документооборота отправляются в Территориальный фонд ОМС и страховую медицинскую организацию.

10. При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-педиатров участковых, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

11. При обращении граждан для прикрепления лица, ответственные за прикрепление, дают пациенту следующие разъяснения:

* пациент будет прикреплен и сможет получать медицинскую помощь в объеме первичной медико-санитарной помощи в поликлинике как прикрепленный, только после выполнения всех требований предусмотренных Приказом Министерства здравоохранения № 406н от 26 апреля 2012г.
* при нуждаемости в экстренной медицинской помощи и необходимости в оказании больному неотложных медицинских мероприятий больной направляется из регистратуры на прием к врачу без прикрепления. После оформления краткой карты амбулаторного пациента больной отправляется на прием как экстренный больной.
* при замене медицинского страхового полиса пациент по умолчанию приписывается к государственному лечебно-профилактическому учреждению, ближайшему к месту регистрации, указанной в паспорте. Если пациент не проживает по месту регистрации, то для прикрепления по месту фактического проживания может выбрать ЛПУ ближайшее к дому и подать установленным порядком заявление на прикрепление.

Главному врачу ГБУЗ Калининградской области «Городская детская поликлиника»

Фроловой Виолетте Николаевне

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (мать, отец, попечительство и т.д.)

 **паспорт:** серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование органа, выдавшего документ)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ Калининградской области «Городская детская поликлиника» детское поликлиническое отделение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СНИЛС ребенка:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Полис обязательного медицинского страхования** (временное свидетельство): №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 Калининграда, с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

**Место регистрации:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Место жительства (пребывания):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес для оказания медицинской помощи на дому, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен/не прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование медицинской организации)

**Свидетельство о рождении, паспорт или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося ребенка:**

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование органа, выдавшего документ)

**Контактная информация:**

телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, эл.почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (фамилия, имя, отчество)

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 ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного 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 согласите дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (фамилия, имя, отчество)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:**

Прикрепить с "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. Участок № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Главный врач ГБУЗ КО «Городская детская поликлиника» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.Н. Фролова**

 (подпись)

 "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**М.П.**

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Получил копию заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

ознакомился(лась) с п. 6 Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утвержденного приказом Минздрава России от 07.03.2018 г. № 92н

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (фамилия, имя, отчество)

Суть территориального принципа состоит в том, что пациенты, проживающие (зарегистрированные) в определенном районе, прикрепляются к одному из участков соответствующей поликлиники. Это позволяет рассчитывать штатные нормативы врачей, равномерно распределяя пациентов между специалистами. Кроме нормирования нагрузки по участкам, существует нормирование времени, отводимого врачу на прием одного пациента. Предполагается, что за рабочую смену (6 часов) врач-педиатр должен принять 20-30 пациентов и, соответственно, потратить на консультирование каждого из нихв среднем 12-17 минут. Количественное увеличение пациентов приведет к сокращению времени, отведенного нормативами на прием.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

ознакомлен(а) с ограничениями, связанными с оказанием медицинской помощи в случае проживания в ином месте

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (фамилия, имя, отчество)

К таким ограничениям в частности отнесен отказ в вызове врача-педиатра участкового на дом. При возникновении острого заболевания или состояния, требующего оказания медицинской помощи на дому можно вызвать неотложную (скорую) помощь по телефонам «112» или «03». Однако данный вид помощи предусматривает снятие острого состояния и установления/отсутствия оснований для проведения медицинской эвакуации в лечебные учреждения, оказывающие стационарную помощь. За назначением лечения необходимо явиться на прием по месту прикрепления, к участковому врачу-педиатру в установленные часы приема с больным ребенком.

Записаться на прием к узким специалистам по направлению врача-педиатра участкового возможно только при непосредственном обращении гражданина в медицинскую организацию поместу прикрепления.

При вызове службы неотложной (скорой) помощи больничные листы не открываются, вся информация передается в поликлинику по месту жительства.

В соответствии с Порядком выдачи листков нетрудоспособности, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 г. № 624н, открытие и закрытие больничного листа осуществляется медицинской организацией по месту обращения.

Статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определен порядок выбора пациентом медицинской организации и лечащего врача, который не предусматривает самостоятельный выбор пациентом узкого специалиста.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

предупрежден(а) о том, что в соответствии с п. 8 приложения к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 № 407н будет проведен опрос врачей-педиатров участковых для получения согласия на увеличение объема работы и расширения зоны обслуживания в целях оказания медицинской помощи моему ребенку. По итогам опроса врачи-педиатры участковые вправе не давать свое добровольное согласие на медицинское обслуживание моего ребенка на постоянной основе.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (фамилия, имя, отчество)