Директору семейной поликлиники «Сантем» Дорошенко Ж.В.

 От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление на выбор и прикрепление к медицинскому учреждению** (совершеннолетний)

Прошу прикрепить меня Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на медицинское обслуживание в «Сантем» семейную поликлинику №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховая медицинская организация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ полиса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинское учреждение, адрес (где обслуживались ранее)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Контактная информация: тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С условиями медицинского обслуживания в семейной поликлинике ознакомлен (а). С объемом предоставляемой медицинской помощи, условиях льготного лекарственного обеспечения, временем работы поликлиники согласен (на).

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю ТФОМС Красноярского края согласие на обработку моих персональных данных, в том числе, указанных в заявлении о выборе МО контактных номеров телефонов, электронной почты.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю МО согласие на обработку моих персональных данных, (включая информирование по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактике, лекарственного обеспечения и др.) по указанным в заявлении о выборе МО контактным номерам телефонов, по электронной почте и/или через аккаунт социальной сети.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору семейной поликлиники «Сантем» Дорошенко Ж.В.

**Заявление на выбор и прикрепление к медицинскому учреждению** (несовершеннолетний)

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Св‑во о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу прикрепить моего ребенка/опекаемого на медицинское обслуживание в «Сантем» семейную поликлинику №\_\_\_\_. Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховая медицинская организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ полиса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинское учреждение, адрес (где обслуживались ранее)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Контактная информация: тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С условиями медицинского обслуживания в семейной поликлинике ознакомлен (а). С объемом предоставляемой медицинской помощи, условиях льготного лекарственного обеспечения, временем работы поликлиники согласен (на).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю ТФОМС Красноярского края согласие на обработку моих персональных данных, в том числе, указанных в заявлении о выборе МО контактных номеров телефонов, электронной почты.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Правила обслуживания по полису ОМС**

1. Прикрепление доступно при подаче заявления для граждан старше 1 года, при наличии полиса ОМС и при проживании на территории обслуживания поликлиники.
2. Дети до 1 года не могут быть прикреплены!
3. По полису ОМС прикрепленным гражданам доступны приемы семейного врача (педиатра, терапевта), невролога, офтальмолога, оториноларинголога, кардиолога, ультразвуковая диагностика, функциональная диагностика (ЭКГ, СМАД, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, Холтер-ЭКГ), рентгенологические исследования, лабораторные исследования, вакцинация, эндоскопические исследования в рамках утверждённых МЗ КК и ТФОМС КК объемов.
4. Услуги по направлению «стоматология» и «гинекология» в рамках полиса ОМС НЕ ОКАЗЫВАЮТСЯ. Обслуживание по данным направлениям сохраняется в муниципальных участковых стоматологических поликлиниках и женской консультации по месту жительства.
5. Приемы, в т.ч. экстренные, осуществляются строго по записи.
6. Пациент может записаться на прием к семейному врачу при условии прикрепления к поликлинике и наличии действующего полиса ОМС.
7. Запись к «узким» специалистам (невролог, офтальмолога и т.д.) и на диагностические исследования проводится ТОЛЬКО ПО НАПРАВЛЕНИЮ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА при наличии показаний.
8. Сроки ожидания медицинской помощи:
* Экстренное обращение – до 24 часов.
* Плановая медицинская помощь – приемы врачей до 14 дней.
* Диагностические исследования – до 30 дней.

ВАЖНО! В случае направления в другие ЛПУ сроки ожидания устанавливаются данным ЛПУ и зависит от очередности и загрузки специалистов. При отсутствии свободных слотов для записи к специалисту или на исследование пациент может быть внесен в лист ожидания. При отказе пациента от предложенного времени более 3 раз – он автоматически удаляется из листа ожидания и направление аннулируется. Для получения нового направления необходимо посетить семейного врача.

1. Пациент может направлен к узкопрофильным специалистам или на обследования в любой филиал поликлиники в зависимости от загрузки конкретного специалиста.
2. При отсутствии необходимого специалиста, диагностического исследования, нуждаемости в медицинской помощи краевого или федерального уровня пациент направляется в соответствующее ЛПУ.
3. Рентгенологические, лабораторные и эндоскопические исследования выполняются по направлению врача в муниципальных и частных ЛПУ, имеющих соответствующую лицензию и заключивших договор.
4. Важно! ОМС – это страховая медицина! Лечение и обследование проводятся в рамках страхового случая! По 1 заболеванию, соответствующему основным жалобам, поэтапно в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи.
5. Прикрепленным гражданам доступны профилактические обследования – диспансеризация, профосмотры детского и взрослого населения. Строго по записи!
6. Пациентам, прикреплённым по полису ОМС доступны вызова на дом на территории обслуживания поликлиник. Показанием для вызова врача на дом является повышение температуры более 38С в день вызова, повышение артериального давления более 160/90. Оператор call-центра оценивает возможность помощи на дому и может предложить бригаду скорой помощи в случае неотложного состояния.
7. Режим работы поликлиник для пациентов по полису ОМС понедельник-пятница 08.00-20.00, суббота – 08.00-14.00. Воскресенье-ВЫХОДНОЙ. В субботу ведет прием дежурный доктор для экстренных пациентов, по записи.
8. Запись на приемы оформляется лично на ресепшн поликлиники, по телефону call-центра 280-33-03, в форме обратной заявки на сайте [www.santem24.com](http://www.santem24.com)

Ознакомлен (-а)\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\*Заявление без данной подписи не подлежит к рассмотрению.