Главному врачу КГБУЗ

 «Детская городская поликлиника №9,

г. Барнаул», ул. Георгиева, 13

И.С. Потаповой

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫБОРЕ/ПРИКРЕПЛЕНИИ В МЕД. ОРГАНИЗАЦИЮ

 Прошу принять на обслуживание в поликлинику с согласия участкового врача

 на участок №\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО ребёнка, дата рождения |  |
| Место рождения |  | Гражданство: |
| Адрес регистрации |  |
| Адрес проживания  |  |
| Образовательное учреждение |  |
| Полис ОМС | страховая организация |  дата выдачи | номер(16-ти значный) |  срок действия |
|  |  |  |  |
| СНИЛС |  \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_  |
| Свидетельство о рождении/паспорт | дата выдачи | кем выдан | серия | номер |
|  |  |  |  |

Наименование медицинской организации,

в которой ранее состояли на обслуживании:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель: (мать/отец/опекун) ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактные телефоны, паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ записи в журнале прибывших: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись участкового врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (в регистратуре)

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

Принести с собой оригиналы документов прикрепляемого к ЛПУ ребёнка:

* амбулаторная карта (форма 112)/подробная выписка из формы 112 заверенная ЛПУ;
* прививочная форма (форма 63)/сертификат прививок;
* СНИЛС;
* страховой медицинский полис;
* свидетельство о рождении/паспорт;
* заполнить согласия на обработку персональных данных, медицинское вмешательство.