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.