

АНКЕТА

для предоставления в поликлинику РУТ (МИИТ)

ФИО несовершеннолетнего:

Дата рождения несовершеннолетнего:

Место учебы:

Наличие хронических заболеваний, требующих получение льготных лекарственных препаратов:	*
Наличие диагноза сахарный диабет и его тип:	**
Наличие диагноза бронхиальная астма:	***
Наличие инвалидности:	****
Заболевание, по которому установлена инвалидность	*****

Подпись: _____

Ф.И.О. законного представителя _____

Необходимо предусмотреть выбор вариантов:

* - имеются; не имеются;

** - нет; сахарный диабет 1 типа; сахарный диабет 2 типа;

*** - да; нет;

**** - не установлена; 1 группа инвалидности; 2 группа инвалидности; 3 группа инвалидности; «ребенок-инвалид»

***** - выводится на печать и заполняется анкетиремым в случае наличия инвалидности.



Я проинформирован(а) о возможности быть прикрепленным для получения первичной санитарной помощи только к одной медицинской организации

Главному врачу поликлиники РУТ (МИИТ)
Китаниной К.Ю.

От гр. _____

_____ (ФИО полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Прошу прикрепить гражданина _____

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)
дата рождения _____, пол _____,
(число, месяц, год) (мужской/женский)

Законным представителем, которого я являюсь: _____
(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д.)

_____ (вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право законного представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к **поликлинике федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет транспорта»**

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____,
выдан страховой медицинской организацией _____
"___" _____ года.

Домашний адрес (по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации-нужное подчеркнуть):

Место регистрации: _____ дата регистрации _____

Прикреплен к медицинской организации _____

_____ Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность: _____):

серия _____ № _____,

выдан _____

(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи "___" _____ год _____

Настоящим подтверждаю выбор вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем которого я являюсь, и согласие на использование его персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

"___" _____ 20__ года Личная подпись законного представителя _____ (_____) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "___" _____ 20__ года ____: ____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ РУТ (МИИТ):

Прикрепить с "___" _____ 20__ года

Отказать в прикреплении в связи _____

"___" _____ 20__ года Личная подпись главного врача _____ (К.Ю. Китанина)

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

"___" _____ 20__ г. Получил копию заявления _____ (подпись) _____ (ФИО)



Я проинформирован(а) о возможности быть прикрепленным для получения первичной санитарной помощи только к одной медицинской организации

Главному врачу поликлиники РУТ (МИИТ)
Китаниной К.Ю.

От гр. _____

_____ (ФИО полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации по профилю «СТОМАТОЛОГИЯ»

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Прошу прикрепить гражданина _____

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)
дата рождения _____, пол _____,
(число, месяц, год) (мужской/женский)

Законным представителем, которого я являюсь: _____
(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д.)

_____ (вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право законного представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к **поликлинике федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет транспорта»**

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____,
выдан страховой медицинской организацией _____
"___" _____ года.

Домашний адрес (по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации-нужное подчеркнуть):

Место регистрации: _____ дата регистрации _____

Прикреплен к медицинской организации

_____ Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность: _____):

серия _____ № _____,

выдан _____

(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи "___" _____ год _____

Настоящим подтверждаю выбор вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем которого я являюсь, и согласие на использование его персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

"___" _____ 20__ года Личная подпись законного представителя _____ (_____) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "___" _____ 20__ года ____: ____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ РУТ (МИИТ):

Прикрепить с "___" _____ 20__ года

Отказать в прикреплении в связи _____

"___" _____ 20__ года Личная подпись главного врача _____ (К.Ю. Китанина)

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

"___" _____ 20__ г. Получил копию заявления _____ (подпись) _____ (ФИО)

