

Правительство Москвы
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ПРИКАЗ

от 27 апреля 2015 года N 335/142

Об утверждении Регламента прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС

(с изменениями на 8 июля 2021 года)

Документ с изменениями, внесенными:
приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 8 июля 2021 года N 655/381.

В соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", статьей 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи", в целях реализации права выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи, обеспечения ведения учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС), к медицинским организациям,

приказываем:

1. Утвердить и ввести в действие с 1 мая 2015 года Регламент прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС (далее - Регламент), согласно приложению к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, организовать работу по реализации права гражданина на выбор медицинской организации для оказания ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и ведению учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям, в соответствии с вышеуказанным Регламентом.

3. Считать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 5 октября 2012 года N 1067/147 "Об утверждении Порядка прикрепления граждан, застрахованных по ОМС, к государственным учреждениям здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь".

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Старшина А.В. и заместителя директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, начальника Управления организации ОМС Туринского Г.А.

(Пункт в редакции, введенной в действие приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 8 июля 2021 года N 655/381. - См. предыдущую редакцию)

Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы
А.И.Хрипун

Директор Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования
В.А.Зеленский

Приложение
к приказу Департамента здравоохранения
города Москвы и Московского городского
фонда обязательного медицинского
страхования
от 27 апреля 2015 года N 335/142

Регламент прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС

(с изменениями на 8 июля 2021 года)

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент регулирует вопросы взаимодействия участников ОМС, в части порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города Москвы (далее - застрахованные лица), к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население (далее - медицинские организации).

Действие настоящего Регламента не распространяется на отношения по выбору медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

1.2. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия его родителями или другими законными представителями) путем обращения в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, с заявлением о выборе медицинской организации (далее - заявление).

1.3. Для получения первичной медико-санитарной помощи, застрахованные лица имеют право осуществить выбор или замену медицинской организации, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина) с даты регистрации предыдущего заявления о выборе медицинской организации в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы (далее - РС ЕРЗЛ).

1.4. Для участников системы ОМС города Москвы РС ЕРЗЛ является уникальным источником информации

при установлении (проверке) страховой принадлежности застрахованных лиц и данных об их прикреплении к медицинской организации. Медицинские организации на основании поданных заявлений регистрируют прикрепление застрахованных лиц с использованием функциональных возможностей автоматизированной информационной системы города Москвы "Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы" (далее - ЕМИАС).

1.5. Медицинская организация осуществляет учет прикрепленных застрахованных по ОМС и несет ответственность перед страховыми медицинскими организациями и Московским городским фондом обязательного медицинского страхования (далее - МГФОМС) за недостоверность информации о прикреплении застрахованных лиц.

2. Взаимоотношения застрахованных лиц и медицинских организаций

2.1. Заявление о выборе застрахованным лицом медицинской организации подается от имени застрахованного лица или его представителя на имя руководителя медицинской организации по формам, установленным настоящим Регламентом (приложения 1, 2).

2.2. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов в соответствии с пунктом 5 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 года N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".

2.3. При осуществлении выбора медицинской организации застрахованное лицо должно быть ознакомлено с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, с порядком оказания медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому, с порядком организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

По результатам ознакомления оформляется "Информированное согласие застрахованного лица с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации" по форме, установленной настоящим Регламентом (приложение 3).

2.4. Медицинская организация должна проинформировать застрахованное лицо о возможности быть прикрепленным только к одной медицинской организации.

Медицинская организация посредством электронной связи, СМС-оповещения и иных способов информирования должна проинформировать родителей или иных законных представителей застрахованного лица, не достигшего совершеннолетия, в течение одного года до достижения им совершеннолетия о необходимости реализации его права на выбор медицинской организации, возникающего с момента наступления совершеннолетия.

(Пункт в редакции, введенной в действие приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 8 июля 2021 года N 655/381. - См. предыдущую редакцию)

2.5. В день приема заявления медицинская организация с использованием функциональных возможностей ЕМИАС осуществляет запрос в РС ЕРЗЛ для установления (проверки) страховой принадлежности застрахованного лица и прикрепления к медицинской организации.

2.6. Руководитель медицинской организации в сроки, установленные пунктами 7-9 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 года N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи":

2.6.1. Принимает решение о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации либо о мотивированном отказе в прикреплении.

2.6.2. При наличии в РС ЕРЗЛ информации о прикреплении застрахованного лица к другой медицинской организации по заявлению, зарегистрированному в РС ЕРЗЛ менее одного года назад (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания застрахованного лица), отказывает застрахованному лицу в прикреплении к медицинской организации с указанием в заявлении в качестве мотивированной причины отказа - "В течение года по инициативе гражданина уже изменялось прикрепление к медицинской организации".

2.6.3. Информировывает застрахованное лицо (его представителя) посредством электронной связи, СМС-оповещения, иных способов о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации либо об отказе в прикреплении с указанием мотивированной причины отказа. По требованию застрахованного лица (его представителя) на руки выдается копия заявления с решением руководителя медицинской организации, заверенная в установленном порядке.

2.7. Лицо, уполномоченное медицинской организацией, принявшей заявление, в день принятия руководителем медицинской организации решения о прикреплении застрахованного лица:

2.7.1. Регистрирует с использованием функциональных возможностей ЕМИАС информацию о прикреплении застрахованного лица (об отказе в прикреплении), осуществляет сканирование и сохранение подписанного руководителем медицинской организации заявления о выборе медицинской организации.

2.7.2. В случае, если застрахованное лицо на момент подачи заявления имело прикрепление к другой медицинской организации, направляет посредством электронной связи или иным способом в указанную медицинскую организацию уведомление о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации, принявшей заявление.

2.8. После получения уведомления, указанного в пункте 2.7.2 настоящего Регламента, медицинская организация, к которой застрахованное лицо имело прикрепление на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней направляет копию медицинской документации застрахованного лица в медицинскую организацию, принявшую заявление. При наличии в ЕМИАС электронной медицинской карты застрахованного лица копия медицинской документации застрахованного лица не пересылается (в части сведений, содержащихся в электронной медицинской карте).

2.9. В случае, если застрахованное лицо на момент подачи заявления имело прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, не входящей в государственную систему здравоохранения города Москвы, медицинская организация, принявшая заявление, осуществляет взаимодействие с указанной медицинской организацией в порядке, определенном в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 года N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".

2.10. Застрахованному лицу предоставляется возможность самостоятельной записи на прием к врачам по специальностям, установленным приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 20 декабря 2012 года N 1470 "Об оптимизации работы по ведению записи на прием к врачу в электронном виде", в той медицинской организации, к которой указанное застрахованное лицо имеет прикрепление.

2.11. В выбранной медицинской организации застрахованное лицо прикрепляется к участкам обслуживания в соответствии с установленным в данной медицинской организации распределением населения по участкам обслуживания в целях максимального обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи и соблюдения иных прав граждан.

2.12. Застрахованное лицо в выбранной медицинской организации имеет право осуществить выбор или замену не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) с учетом согласия врача, с соответствующим выбором или заменой участка обслуживания.

2.13. Застрахованные лица, прикрепленные к медицинским организациям до утверждения настоящего Регламента способом "по регистрации места жительства на территории обслуживания медицинской организации", сохраняют прикрепление к данным медицинским организациям до момента подачи ими заявления о выборе другой медицинской организации.

2.14. Заявления с результатами их рассмотрения подлежат учету и хранению в медицинской организации в течение всего срока прикрепления застрахованного лица к данной медицинской организации. В случае прикрепления застрахованного лица к другой медицинской организации заявление застрахованного лица, ранее прикрепленного к данной медицинской организации, хранится в данной медицинской организации в течение трех лет с даты получения уведомления, указанного в пункте 2.7.2 настоящего Регламента.

Заявления, содержащие мотивированный отказ в прикреплении, хранятся в медицинской организации в течение трех лет с даты получения заявления.

Заявления предъявляются медицинской организацией страховым медицинским организациям, МГФОМС при проведении контрольных мероприятий.

3. Взаимоотношения медицинских организаций, страховых медицинских организаций и МГФОМС

3.1. Медицинские организации с использованием функциональных возможностей ЕМИАС, по каналам информационного взаимодействия, посредством автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее - АИС ОМС), представляют в страховые медицинские организации перечень сведений о заявлениях застрахованных лиц, в отношении которых принято решение о прикреплении.

3.2. Обмен данными между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями с использованием функциональных возможностей ЕМИАС и АИС ОМС осуществляется в соответствии с "Порядком информационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования в автоматизированной информационной системе обязательного медицинского страхования г.Москвы", утвержденным МГФОМС, и "Регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям г.Москвы", утвержденным МГФОМС.

Приложение 1
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по ОМС, к медицинским
организациям государственной системы
здравоохранения города Москвы,
оказывающим первичную медико-
санитарную помощь и включенным в реестр
медицинских организаций, осуществляющих
деятельность в сфере ОМС города Москвы,
с использованием ЕМИАС
(В редакции, введенной в действие
приказом Департамента
здравоохранения города Москвы
от 8 июля 2021 года N 655/381. -
См. предыдущую редакцию)

Руководителю медицинской организации

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

Заявление о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____,
(число, месяц, год)

гражданство _____, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

N _____, выдан страховой медицинской организацией

В случае наличия временного свидетельства, даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы, с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

Место регистрации: _____, дата регистрации: _____.

Место жительства (пребывания): _____
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове
медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от
адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина:

серия _____ N _____, выдан "___" _____ 20__ года

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация _____.

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

" ____ " _____ 20 ____ года _____ (подпись) (_____ (Ф.И.О.)

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

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с " ____ " _____ 20 ____ года. Участок N ____ Врач _____.

Отказать в прикреплении в связи с _____

_____ (подпись) (_____ (Ф.И.О. руководителя МО)

" ____ " _____ 20 ____ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки.

" ____ " _____ 20 ____ года

Получил копию заявления _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 2
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по ОМС, к медицинским
организациям государственной системы
здравоохранения города Москвы,
оказывающим первичную медико-
санитарную помощь и включенным в реестр
медицинских организаций, осуществляющих
деятельность в сфере ОМС города Москвы,
с использованием ЕМИАС
(В редакции, введенной в действие
приказом Департамента
здравоохранения города Москвы
от 8 июля 2021 года N 655/381. -
См. предыдущую редакцию)

Руководителю медицинской организации

от гр. _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

Заявление о выборе медицинской организации

Я, _____ ,
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить _____ ,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____ , место рождения _____ ,
(число, месяц, год)

гражданство _____ , пол мужской/женский (нужное
подчеркнуть),

представителем которого я являюсь: _____
(попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи
документа, подтверждающего право представителя)

Настоящим подтверждаю выбор вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование персональных данных застрахованного лица, представителем которого я являюсь, и моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рождённого мною 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 согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

" ____ " _____ 20 ____ года _____ (подпись) (_____ (Ф.И.О.))

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

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с " ____ " _____ 20 ____ года. Участок N ____ Врач _____.

Отказать в прикреплении в связи с _____

_____ (подпись) (_____ (Ф.И.О. руководителя МО))

" ____ " _____ 20 ____ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки.

" ____ " _____ 20 ____ года

Получил копию заявления _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 3
к Регламенту прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС, утвержденному приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля 2015 года N 335/142

Информированное согласие с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

дата рождения " ____ " _____ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов (участковых), врачей-педиатров, врачей-педиатров (участковых), врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)