

Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации» (ЦКБ ГА), г. Москва, Ивановское ш., д.7
Главному врачу ЦКБ ГА Забродиной Наталье Борисовне

От заявителя _____
(Ф.И.О. заявителя)

дата и место рождения: _____

гражданство: _____, пол: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

место жительства: _____

место и дата регистрации: _____

телефон: _____

адрес электронной почты: _____

полис ОМС: серия _____ № _____

выдан _____

(наименование страховой медицинской организации)

СНИЛС (при наличии) _____

От представителя заявителя: _____

(Ф.И.О представителя)

реквизиты документа, подтверждающего статус и полномочия
представителя: _____

документ, удостоверяющий личность представителя: _____

телефон: _____

адрес электронной почты: _____

Заявление

о выборе медицинской организации

Я, _____ (Ф.И.О. заявителя),

Я, _____ (Ф.И.О. представителя),

являюсь представителем гражданина _____,
(Ф.И.О. гражданина)

_____ года рождения, пол: _____, место рождения: _____,

гражданство: _____, документ, удостоверяющий личность гражданина: _____

в соответствии с п. 5 Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденного приказом Минздрава России от 14.04.2025 № 216н, выбираю федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации» в качестве медицинской организации при оказании **первичной специализированной медико-санитарной медицинской помощи по профилю «стоматология»** в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, расположенную по адресу: г. Москва, Ивановское ш., д.7.

Приложение:

1. Паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта/паспорт иностранного гражданина.

2. Полис обязательного медицинского страхования

3. СНИЛС (при наличии)

4. _____ (иные документы)

Вариант для представителя гражданина, в том числе законного.

3. Документ, удостоверяющий личность.

4. Документ, подтверждающий полномочия представителя.

« ____ » _____ Г.

Заявитель (представитель): _____ / _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Резолюция заведующего консультативной поликлиникой:

Прикрепить с « ____ » _____ 20 ____ года Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

(подпись)

(ФИО)

« ____ » _____ 20 ____ года

**Информированное согласие
с условиями предоставления первичной специализированной
медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»
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 ознакомлен ответственным сотрудником ЦКБ ГА в доступной для меня форме с перечнем врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, зубных врачей, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников.

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

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» только к одной медицинской организации, оказывающей стоматологическую помощь в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

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

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

"__" _____ 20__ г.
(дата оформления)