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 27.04.2015 № 935/142

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)