

Главному врачу  
ГБУЗ СО ПБ № 3  
А.А. Токарю

От \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выдаче медицинской документации**

Прошу Вас выдать мне копии (выписку) медицинских документов:

\_\_\_\_\_ (наименование медицинского документа, например, медицинская карта амбулаторного больного)

касающиеся состояния моего здоровья, за период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ дата заявления

\_\_\_\_\_ подпись

От письменного уведомления ГБУЗ СО ПБ № 3 о результатах рассмотрения данного заявления отказываюсь / прошу дать ответ в письменном виде (нужное подчеркнуть).

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ подпись

Главному врачу  
ГБУЗ СО «ПБ №3»  
А.А. Токарю

От \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ о прикреплении на медицинское обслуживание

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

прошу принять меня на медицинское обслуживание в ГБУЗ СО ПБ № 3 в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 №1342н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи", в связи с тем, что

\_\_\_\_\_

(укажите причину прикрепления)

Пол: муж/жен (подчеркнуть), дата рождения \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_ наименование органа, выдавшего документ

\_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

Полис ОМС \_\_\_\_\_

Наименование страховой организации

\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Дата заполнения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(фамилия, инициалы)

От письменного уведомления ГБУЗ СО ПБ № 3 о результатах рассмотрения данного заявления отказываюсь / прошу дать ответ в письменном виде (нужное подчеркнуть).

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
подпись

Главному врачу  
ГБУЗ СО «ПБ №3»  
А.А. Токарю

От \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ о смене врача**

В соответствии с п. 2 и п. 7 ст. 21 закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ пациент имеет право на выбор лечащего врача.

Руководствуясь вышеизложенным,

### **ПРОШУ:**

Предоставить мне возможность получать медицинскую помощь врача

\_\_\_\_\_

(специальность врача) (Ф.И.О. врача)

От выбранного врача \_\_\_\_\_ согласие получено / от  
выбранного врача согласие не получено / с соответствующей просьбой непосредственно к  
врачу не обращался (лась) (нужное подчеркнуть).

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

От письменного уведомления ГБУЗ СО ПБ № 3 о результатах рассмотрения данного  
заявления отказываюсь / прошу дать ответ в письменном виде (нужное подчеркнуть).

\_\_\_\_\_

дата

\_\_\_\_\_

подпись