

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
«ТОКСОВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

188664, Ленинградская область, Всеволожский район, п. Токсово, ул.

Буланова, д. 18

Тел./факс 8(81370)43-155, [priem@mail.trbzdrav.ru](mailto:priem@mail.trbzdrav.ru); ИНН/КПП

4703011525/470301001

**ПРИКАЗ**

№ \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

*«Об утверждении Порядка прикрепления гражданина  
к ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ для оказания ему  
медицинской помощи в рамках программы  
государственных гарантий бесплатного  
оказания гражданам медицинской помощи»*

В соответствии со статьей 21 (выбор врача и медицинской организации) Федерального Закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным Законом № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития № 406-н от 26.04.2012 «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. УТВЕРДИТЬ:
  - 1.1. порядок прикрепления гражданина к ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» для оказания ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Приложение 1);
  - 1.2. бланк заявления гражданина для прикрепления к ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» (Приложение 2);
  - 1.3. бланк заявления гражданина для открепления от ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» с целью получения медицинской помощи в других лечебно-профилактических учреждениях (Приложение 3);
  - 1.4. Заявление о выборе лечащего врача (Приложение 4).

2. Руководителям амбулаторных подразделений обеспечить:
  - 2.1. ведение журнала регистрации прикрепления граждан;
  - 2.1. ведение журнала регистрации открепления граждан.
  
3. Контроль за исполнением возложить на заместителю главного врача по организационно методической работе и качеству медицинской помощи Полетова С.В.

Главный врач

А.А. Авдюшкин

Исп.:  
Мацынина М.А.  
+79218972821

Приложение № 1  
К Приказу от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
«Об утверждении Порядка прикрепления  
гражданина к ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ  
для оказания ему медицинской помощи  
в рамках программы государственных  
гарантий бесплатного оказания  
гражданам медицинской помощи»

**Порядок прикрепления граждан к ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ»**

Настоящий Порядок составлен в соответствии со статьей 21 (выбор врача и медицинской организации) Федерального Закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным Законом № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития № 406-н от 26.04.2012 «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

**1. Прикрепление граждан к ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ»**

Для прикрепления к медицинской организации гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением о прикреплении к медицинской организации, которое должно содержать следующие сведения:

- 1) наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление;
- 2) фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление;
- 3) информация о гражданине:  
фамилия, имя, отчество (при наличии);  
пол;  
дата рождения;  
место рождения;  
гражданство;  
данные документа, предъявляемого при подаче заявления;

место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника);  
 место регистрации;  
 дата регистрации;  
 контактная информация;  
 4) информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):  
 фамилия, имя, отчество (при наличии);  
 отношение к гражданину;  
 данные документов, предъявляемых при подаче заявления;  
 контактная информация;  
 5) номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина;  
 6) наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;  
 7) наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления.

Бланки заявлений на прикрепление выдаются медицинскими регистраторами структурных подразделений. Медрегистратор проверяет полноту и правильность заполнения заявления, регистрирует его в журнале заявлений и передает его вместе с пакетом копий документов, обозначенных в Таблице №1, руководителю структурного подразделения.

Для ускорения прикрепления, желательно, чтобы гражданин предоставил «открепительный талон» и медицинскую документацию .

При подаче заявления предъявляются оригиналы документов в соответствии с категорией прикрепляемого населения документов приведенные в Таблице №1:

Таблица №1

Категория прикрепляемого населения	Перечень документов, необходимых для прикрепления
Граждане РФ, постоянно зарегистрированные на территории обслуживания ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ»	а) Дети до 14 лет 1. свидетельство о рождении 2. документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка 3. полис ОМС ребенка 4. документ, подтверждающий факт проживания гражданина на территории обслуживания б) Для граждан старше 14 лет 1. паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период

	оформления паспорта 2. полис ОМС 3. документ, подтверждающий факт проживания гражданина на территории обслуживания
Граждане РФ, постоянно зарегистрированные в других районах Ленинградской области	а) Дети до 14 лет 1. свидетельство о рождении 2. документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка 3. полис ОМС ребенка 4. документ, подтверждающий факт проживания гражданина на территории обслуживания б) Для граждан старше 14 лет 1. паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта 2. полис ОМС 3. документ, подтверждающий факт проживания гражданина на территории обслуживания
Граждане РФ, постоянно зарегистрированные в других регионах РФ	а) Дети до 14 лет 1. свидетельство о рождении 2. документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка 3. полис ОМС ребенка 4. документ, подтверждающий факт проживания гражданина на территории обслуживания б) Для граждан старше 14 лет 1. паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта 2. полис ОМС 3. документ, подтверждающий факт проживания гражданина на территории обслуживания
Граждане РФ без регистрации	1. Паспорт 2. полис ОМС
Беженцы	1. удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в ФМС с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ 2. полис ОМС

		3. документ, подтверждающий факт проживания гражданина на территории обслуживания
Иностранцы граждане, постоянно проживающие в РФ		1. паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный ФЗ или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина 2. вид на жительство 3. полис ОМС 4. документ, подтверждающий факт проживания гражданина на территории обслуживания
Иностранцы граждане, временно проживающие в РФ		1. паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный ФЗ или признаваемый в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ 2. полис ОМС 3. документ, подтверждающий факт проживания гражданина на территории обслуживания
Лица без гражданства, постоянно проживающие на территории РФ	без на	1. документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства 2. вид на жительство 3. полис ОМС 4. документ, подтверждающий факт проживания лица без гражданства на территории обслуживания
Лица без гражданства, временно проживающие на территории РФ	без на	1. документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ либо документ установленной формы, выдаваемый в РФ лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность 2. полис ОМС 3. документ, подтверждающий факт проживания лица без гражданства на территории обслуживания
Представитель гражданина, в том числе законный	в том	1. документ, удостоверяющий личность 2. документ, подтверждающий полномочия представителя

В случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен 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.

После получения заявления ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ», в течение двух рабочих дней направляет письмо посредством почтовой или электронной связи о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления.

В течение двух рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, руководитель подразделения ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ», информирует гражданина (его представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

В течение трех рабочих дней после информирования гражданина о принятии его на медицинское обслуживание руководитель подразделения ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ», направляет в медицинскую организацию, в которой гражданин находился на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, и в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином, уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

## **2. Выбор врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера.**

В выбранной медицинской организации гражданин может осуществлять выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя подразделения ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» к которому прикреплен гражданин.

Выбор лечащего врача осуществляется только с учетом согласия врача.

Приложение № 2  
К Приказу от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
«Об утверждении Порядка прикрепления  
гражданина ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ  
для оказания ему медицинской помощи  
в рамках программы государственных  
гарантий бесплатного оказания  
гражданам медицинской помощи»

Главному врачу  
ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ»  
Авдюшкину А.А.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу прикрепить меня (моего ребенка) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

для оказания первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ ЛО  
«Токсовская РБ» .

Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

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

Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_

Серия и номер полиса \_\_\_\_\_

Дата выдачи полиса \_\_\_\_\_

Срок действия полиса до \_\_\_\_\_

Место учебы, работы \_\_\_\_\_

Наличие льгот (подчеркнуть): федеральные, региональные.

Причина прикрепления (подчеркнуть): перемена места жительства, смена  
лечебно-профилактического учреждения, другие причины (указать)

Срок медицинского обслуживания (подчеркнуть): временно (до 6 месяцев),  
постоянно (более 6 месяцев).

Ф.И.О. законного представителя пациента \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий личность представителя (серия, номер)

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_



Приложение № 3  
К Приказу от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
«Об утверждении Порядка прикрепления  
гражданина ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ  
для оказания ему медицинской помощи  
в рамках программы государственных  
гарантий бесплатного оказания  
гражданам  
медицинской помощи»

Открепительный талон  
на получение медицинской помощи в других  
лечебно-профилактических учреждениях

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

Адрес прописки \_\_\_\_\_

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

Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_

Серия и номер полиса \_\_\_\_\_

Дата выдачи полиса \_\_\_\_\_

Срок действия полиса до \_\_\_\_\_

Место учебы, работы \_\_\_\_\_

Наличие льгот (подчеркнуть): федеральные, региональные.

Причина открепления (подчеркнуть): перемена места жительства, смена  
лечебно-профилактического учреждения, другие причины (указать)

Планируемое для прикрепления на медицинское обслуживание лечебно-  
профилактическое учреждение \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Дата снятия с учета

Подпись ответственного лица

МП

Приложение № 4  
К Приказу от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
«Об утверждении Порядка прикрепления  
гражданина ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ  
для оказания ему медицинской помощи  
в рамках программы государственных  
гарантий бесплатного оказания  
гражданам медицинской помощи»

Главному врачу  
ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ»  
Авдюшкину А.А.

От \_\_\_\_\_

Заявление  
о выборе лечащего врача в ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ»

В соответствии с п. 2 ст. 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан пациент имеет право на выбор лечащего врача. Руководствуясь вышеизложенным

ПРОШУ:

Предоставить мне возможность получать медицинскую помощь у  
врача

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

От выбранного врача согласие получено / от выбранного врача  
согласие не получено/с соответствующей просьбой непосредственно к  
врачу не обращался.

Причина смены врача: качеством оказанной медицинской помощи  
неудовлетворен; при обращении к врачу в медицинской помощи было  
отказано; выбранный врач пользуется большим доверием / у выбранного  
врача больше опыта / выбранный врач более квалифицирован и т. д.;

другая  
причина \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_