Приложение №1

**Главному врачу**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Название противотуберкулезной медицинской организации)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. Главного врача)

**От** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_**

**о выборе медицинской организации**

Прошу установить диспансерное наблюдение в отношении меня, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеванием туберкулезом в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Название противотуберкулезной медицинской организации),

в соответствии с моим правом выбора медицинской организации[[1]](#footnote-1) при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Проживаю на территории СПб в течение с

**Сведения о лице:**

Фамилия

Имя

Отчество (*при наличии*)

Пол

Дата рождения

Место рождения

Контактный телефон *(****обязательное заполнение****)*

Документ, удостоверяющий личность

(**наименование**, серия, номер, дата и место выдачи документа)

СНИЛС *(при наличии)*

Адрес регистрации по месту пребывания («постоянная прописка»)

Адрес регистрации по месту пребывания («временная регистрация»)

Адрес фактического проживания

Страховой медицинский полис ***(серия, номер при наличии****)*

После выписки из стационара обязуюсь явиться на прием в

По адресу

Адрес веб-сайта противотуберкулезного учреждения

Контактный телефон противотуберкулезного диспансера

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Заверено заведующим отделения Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

1. # *Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 21.*

   [↑](#footnote-ref-1)