

## АНКЕТА

для предоставления в поликлинику РУТ (МИИТ)

ФИО:

Дата рождения:

Место работы (учебы):

Наличие хронических заболеваний, требующих получение льготных лекарственных препаратов:	*
Наличие диагноза сахарный диабет и его тип:	**
Наличие диагноза бронхиальная астма:	***
Наличие инвалидности:	****
Заболевание по которому установлена инвалидность	*****

Подпись: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Необходимо предусмотреть выбор вариантов:

\* - имеются; не имеются;

\*\* - нет; сахарный диабет 1 типа; сахарный диабет 2 типа;

\*\*\* - да; нет;

\*\*\*\* - не установлена; 1 группа инвалидности; 2 группа инвалидности; 3 группа инвалидности; «ребенок-инвалид»

\*\*\*\*\* - выводится на печать и заполняется анкетиремым в случае наличия инвалидности.



Я проинформирован(а) о возможности быть прикрепленным для получения первичной санитарной помощи только к одной медицинской организации

Главному врачу поликлиники РУТ (МИИТ)  
Китаниной К.Ю.

От гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе медицинской организации  
по профилю «ТЕРАПИЯ»

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год) (мужской/женский)

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к **поликлинике  
Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования  
«Российский университет транспорта»**

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № \_\_\_\_\_,  
выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ года.

Домашний адрес (по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации): \_\_\_\_\_

Место регистрации: \_\_\_\_\_ дата регистрации \_\_\_\_\_

Прикреплен к медицинской организации

\_\_\_\_\_ Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_):

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)  
дата выдачи "\_\_\_" \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю выбор вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Личная подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_:\_\_\_\_

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ РУТ (МИИТ):

Прикрепить с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Личная подпись главного врача \_\_\_\_\_ (К.Ю. Китанина)

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Получил копию заявления \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)



Я проинформирован(а) о возможности быть прикрепленным для получения первичной санитарной помощи только к одной медицинской организации

Главному врачу поликлиники РУТ (МИИТ)  
Китаниной К.Ю.

От гр. \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о выборе медицинской организации  
по профилю «**СТОМАТОЛОГИЯ**»

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год) (мужской/женский)

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к **поликлинике федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет транспорта»**

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № \_\_\_\_\_,  
выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года.

Домашний адрес (по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации): \_\_\_\_\_

Место регистрации: \_\_\_\_\_ дата регистрации \_\_\_\_\_

Прикреплен к медицинской организации

\_\_\_\_\_  
Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_):

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ)  
дата выдачи " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю выбор вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Личная подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

-----  
Дата и время регистрации заявления: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_: \_\_\_\_

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ РУТ (МИИТ):**

Прикрепить с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Личная подпись главного врача \_\_\_\_\_ (К.Ю. Китанина)

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Получил копию заявления \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)