**ФОРМА и образец заполнения заявления на оказание медицинской помощи иногородним в рамках ОМС**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ГБУЗ «ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ»  123001, Москва, ул. Садовая-Кудринская д.15  Главному врачу Чубаровой А.И.. |
|  |  | От гражданина (законного представителя)  **Ивановой Елены Васильевны** |
|  |  | **матери ребенка** |
|  |  | **Иванова Петра Ивановича** |

ФИО полностью

**Заявление**

на оказание плановой консультативно-диагностической, стационарной медицинской помощи иногороднему гражданину, застрахованному в системе обязательного медицинского страхования

Прошу оказать плановую медицинскую помощь моему ребенку (выделить 🗹)

⬜ Консультация специалиста

⬜ Проведение диагностического исследования

⬜ Госпитализация

Сведения о ребенке:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество ребенка полностью (при наличии) | **Иванов Петр Иванович** |
| Пол | **Муж.** |
| Дата рождения | **01.11.2010 г.** |
| Диагноз | **Паховая грыжа** |
| Гражданство | **Российская Федерация** |
| Постоянное место жительства (Страна, регион, город, улица, дом) | **Россия, Московская область, город Железнодорожный, ул. Ленина д. 100, кв. 100** |
| Контактная информация: |  |
| Телефон | **Тел.: 8-999-100-03-03** |
| Е-mail | **ivanova@gosp.ru** |

Прилагаю копии следующих документов (выделить 🗹):

* Паспорт родителя (законного представителя) на \_\_**4**\_\_ л.;
* Свидетельство о рождении (паспорт ребенка) на \_\_**4**\_\_ л.
* Полис ОМС на \_\_**1**\_\_ л.;
* Направление из медицинской организации по месту жительства (органа управления здравоохранением) на \_\_**1**\_\_ л.;
* Выписка из медицинской документации, результаты исследований, иная медицинская документация на \_\_\_**5\_**\_ л.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_ Е.В. Иванова**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись гражданина подавшего заявление Расшифровка подписи ФИО

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.