

**ФОРМА и образец заполнения заявления на оказание медицинской помощи
иностранцам 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 иностранному 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
E-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
подписи ФИО

Расшифровка