

УВЕДОМЛЕНИЕ

о порядке получения первичной медико-санитарной помощи ребенком, принятым на медицинское обслуживание в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканская детская клиническая больница», и проживающим вне границ врачебного участка, обслуживаемого выбранным врачом-педиатром участковым

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

«___» _____ г. рождения, проживающий по адресу: _____,
являясь законным представителем несовершеннолетнего _____

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, место фактического проживания)

_____ был уведомлен о том, что оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях осуществляется врачами-педиатрами участковыми по территориально-участковому принципу (в границах врачебных участков).

Реализовывая право на выбор врача-педиатра участкового (не чаще одного раза в год), установленное статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю, что был уведомлен о том, что:

оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе проведение первичного патронажа новорожденных, за пределами границ врачебного участка («на дому») выбранным медицинскими работниками Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Хакасия «Республиканская детская клиническая больница» осуществляться не будет.

(подпись)

(ф.и.о. гражданина, законного представителя, контактный телефон)

(дата оформления)

(подпись)

(ф.и.о. медицинского работника, должность,)

(дата оформления)