

Информация для студентов

Оказание первой медицинско-санитарной помощи, первой врачебной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи студентам университета осуществляет Воронежская городская клиническая поликлиника №25 (студенческая), а также здравпункт при ВГПУ.

Согласно приказу Минздравсоцразвития РФ от 26 апреля 2012 г. N 406н выбор или замена медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, осуществляется гражданином, достигшим совершеннолетия либо до достижения им совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями.

Для обслуживания в студенческой поликлинике, имеющей лицензии на основные виды первичной и специализированной медицинской помощи, квалифицированных специалистов, оснащение и оборудование – диагностическое, лечебно-профилактическое, а также восстановительно-реабилитационное, необходимо заполнить заявление о выборе медицинской организации (файл размещен ниже или на сайте студенческой поликлиники по адресу: <http://www.studclinic.ru/>) и подать в здравпункт Вашего ВУЗа или в регистратуру поликлиники (ул. Чайковского, д.8).

Без прикрепления к конкретному учреждению здравоохранения Вы не сможете получить медицинскую помощь в полном объеме, определенном Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

В случае возникновения вопросов по прикреплению к студенческой поликлинике можно обратиться по тел. 220-43-22, 253-02-44 или 235-62-35.

Главному врачу БУЗ ВО «ВГКП № 15 (студенческая)»
А.Н. Артемову
Адрес: 394000, г. Воронеж, ул. Чайковского, д.8
тел./факс (473) 272-72-99
от _____

(Ф.И.О. полностью)

Наименование учебного заведения: _____

e-mail: _____

Контактный телефон _____

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.

(заполняется собственноручно)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации**

Я*, _____

_____, _____ (дата рождения), _____ пол («ж» - женский, «м» - мужской), **подтверждаю выбор Бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника №15 (студенческая)»** для получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Причина прикрепления (нужное подчеркнуть): выбор 1 раз в год/смена места жительства или места пребывания.

Полис ОМС: № _____, срок действия _____, наименование страховой медицинской организации: _____

Гражданство: _____

Место рождения: _____

Адрес регистрации/временной регистрации: _____;

Дата регистрации/временной регистрации: _____ г.

Адрес фактического проживания: _____

Документ, удостоверяющий личность заявителя: паспорт/иной документ, в т.ч. временное удостоверение личности: серия _____ № _____, дата выдачи _____ г., кем выдан _____

Вид на жительство (при наличии): _____

Представитель заявителя (законный представитель/представитель по нотариальной доверенности):

ФИО представителя _____

Отношение к заявителю: _____

Данные нотариальной доверенности (в случае подачи заявления представителем по нотариальной доверенности):

Дата выдачи доверенности « _____ » _____ г., серия _____

Документ, удостоверяющий личность представителя заявителя: паспорт серия _____ № _____, дата выдачи _____ г., кем выдан _____

Адрес регистрации/временной регистрации: _____

Дата регистрации/временной регистрации: _____ г.

Адрес фактического проживания: _____

Контактный телефон представителя _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи настоящего заявления (при наличии):

Подписанием настоящего заявления заявитель подтверждает, что при осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому

Личная подпись заявителя

Подпись уполномоченного лица медицинской организации

* *Примечание: Согласно Приказу Минсоцразвития РФ от 26 апреля 2012 г. N 406н выбор или замена медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, осуществляется гражданином, достигшим совершеннолетия либо до достижения им совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями.*