

Зачисленным студентам* в течение недели необходимо предоставить следующие документы в медицинский кабинет колледжа №102:

1. Медицинская справка формы 086/у с указанием флюорографии за последний календарный год.

2. **Прививочный сертификат или прививочный лист (копия)** с указанием всех профилактических прививок: вакцинация и ревакцинация против кори, паротита, краснухи, гепатита-В, дифтерии и столбняка.

✓ Основание: п.п. 815, 856, 2752, 2753, 2754, 2905, 856 СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней, профилактика туберкулеза».

3. Для обслуживания в студенческом медицинском центре необходимо заполнить заявление прикреплению к ГБУЗ РБ ГКБ №5 г. Уфа (образец в Приложение 1).

4. При переезде в другой регион Российской Федерации, студентам необходимо **перерегистрировать полис обязательного медицинского страхования (ОМС)**, чтобы получать медицинскую помощь по месту нового проживания (Перечень пунктов выдачи страховых медицинских полисов в Приложение 2).

* Студентам 1-х курсов, студентам дополнительного набора, студентам с академического отпуска.

Факультет: _____

Главному врачу ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа

Уч. группа: _____

от гражданина (ФИО полностью) _____

Для несовершеннолетних
студентов до 18 лет.

Дата рождения: _____

З А Я В Л Е Н И Е

Я, _____, прошу Вас прикрепить
гражданина _____, _____ г., _____ 20 ____ г.р., законным
представителем которого я являюсь на основании: несовершеннолетний ребенок, попечительство, в ГБУЗ РБ ГKB №5
г. Уфа на все время обучения в _____ с 20 ____ по 20 ____ год.

Пол: М/Ж. Гражданство: Российская Федерация

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

Адрес фактического проживания: г. Уфа

Адрес регистрации (прописка): _____

Дата регистрации (прописка): _____ Контактный телефон: _____

Полис обяз. мед. страх.: _____, (на лицевой стороне полиса 16 цифр)

Наименование страховой медицинской организации: _____

ИНН _____ СНИЛС: _____

(12 цифр)

(14 цифр)

Наименование и адрес медицинской организации (поликлиники), оказывающей медицинскую помощь, в которой
гражданин находится на обслуживании до момента подачи заявления: _____

Дата заполнения: « ____ » _____ 202 ____ г. Подпись пациента: _____ / _____

Уч. врач: _____ Главный врач (зам. глав. врача.): _____ / _____

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

Я, _____, " ____ " _____ г. рожд.

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение следующих видов медицинских вмешательств: Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; Антропометрические исследования; Термометрия; Тонометрия; Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно; Медицинский массаж; Лечебная физкультура, для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа.

Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов выше перечисленных медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я извещен(а) о необходимости соблюдения режима в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных препаратов. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) на них удовлетворительные ответы. С предложенным планом лечения согласен(а).

Дата: _____ 202 ____ г. Подпись гражданина или законного представителя гражданина: _____

Медицинский работник: _____

образец!

Факультет: _____

Уч. группа: 23 П-1

Главному врачу ГБУЗ РБ ГКБ №5 г. Уфа
Шайхутдиновой О.В.
от гражданина (ФИО полностью) Садрина
Азата Аугаровича
Дата рождения: 01.01.2007г.

Для несовершеннолетних студентов до 18 лет.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, Садрина Лейла Саитовна ... прошу Вас прикрепить
гражданина Садрина Азата Аугаровича, 01.01.2007 г.р., законным
представителем которого я являюсь на основании: несовершеннолетний ребенок, попечительство, в ГБУЗ РБ ГКБ №5
г. Уфа на все время обучения в Колледже ПАОУ УКСИВТ с 2023 по 2026 год.
Пол: М/Ж. Гражданство: Российская Федерация
Паспорт: серия 8007 № 888034, выдан МВД по Республике Башкортостан
Адрес фактического проживания: г. Уфа, ул. Кирова 65/2 обш. ком. н.
Адрес регистрации (прописка): г. Уфа, ул. Давлеканова 2
Дата регистрации (прописка): 01.01.2008. Контактный телефон: 81917
Полис обяз. мед. страх.: 0262999 (на лицевой стороне полиса 16 цифр)

Наименование страховой медицинской организации: ООО "СМК Разпром"
ИНН 02 (12 цифр) СНИЛС: 216 880 000 00 (11 цифр)

Наименование и адрес медицинской организации (поликлиники), оказывающей медицинскую помощь, в которой
гражданин находится на обслуживании до момента подачи заявления: Детская поликлиника №2 Давлеканова

Дата заполнения: 25.08 2023 г. Подпись пациента: _____ /
Уч. врач: _____ Главный врач (зам. глав. врача.): _____ /

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

Я, Садрин Азам Аугарович, "01.01.07" г. рожд.
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу: г. Уфа, ул. Давлеканова 2 дом. ...

даю информированное добровольное согласие на проведение следующих видов медицинских вмешательств: Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), ректальное исследование; Антропометрические исследования; Термометрия; Тонометрия; Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно; Медицинский массаж; Лечебная физкультура, для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ РБ ГКБ №5 г. Уфа.

Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов выше перечисленных медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я извещен(а) о необходимости соблюдения режима в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных препаратов. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) на них удовлетворительные ответы. С предложенным планом лечения согласен(а).

Дата: 25.08 2023 г. Подпись гражданина или законного представителя гражданина: _____ /
Медицинский работник: _____ /

Факультет: _____

Главному врачу ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа

Уч. группа: _____

от гражданина (ФИО полностью) _____

Для студентов с 18 лет.

Дата рождения: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас прикрепить меня на медицинское обслуживание в ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа на все время обучения в _____ с 20__ по 20__ год.

Пол: М/Ж. Гражданство: Российская Федерация

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

Адрес фактического проживания: г. Уфа

Адрес регистрации (прописка): _____

Дата регистрации (прописка): _____ Контактный телефон: _____

Полис обяз. мед. страх.: _____ (на лицевой стороне полиса 16 цифр)

Наименование страховой медицинской организации: _____

ИНН _____ (12 цифр), СНИЛС: _____ (11 цифр)

Наименование и адрес медицинской организации (поликлиники), оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании до момента подачи заявления: _____

Дата заполнения: « _____ » _____ 202__ г. Подпись пациента: _____ / _____

Уч. врач: _____ Главный врач (зам. глав. врача.): _____ / _____

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

Я, _____ (Ф.И.О. полностью), " _____ " _____ г. рожд.

проживающий по адресу: _____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение следующих видов медицинских вмешательств: Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), ректальное исследование; Антропометрические исследования; Термометрия; Тонометрия; Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; Медицинский массаж; Лечебная физкультура, для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа

Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов выше перечисленных медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я извещен(а) о необходимости соблюдения режима в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных препаратов. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) на них удовлетворительные ответы. С предложенным планом лечения согласен(а).

Дата: _____ 202__ г. Подпись гражданина или законного представителя гражданина: _____

Медицинский работник: _____ / _____

образец!

Факультет: _____

Главному врачу ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа

Уч. группа: 23 П-2

Шайхутдиновой О.В.

от гражданина (ФИО полностью) Иванов Иван Иванович

Для студентов с 18 лет.

Иванов Иван Иванович

Дата рождения: 01.01.2005г.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас прикрепить меня на медицинское обслуживание в ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа на все время обучения в колледже ПАОУ УКСИЗМ с 2023 по 2025 год.

Пол: М/Ж. Гражданство: Российская Федерация

Паспорт: серия 8007 № 685540, выдан МВД по Республике Башкортостан

Адрес фактического проживания: г. Уфа, ул. Кирова 65/2 общ. комн. ...

Адрес регистрации (прописка): г. Сибай, ул. Ленина 9-26, кв. 28...

Дата регистрации (прописка): 11.01.2012. Контактный телефон: 8917...

Полис обяз. мед. страх.: 0283999744000843, (на лицевой стороне полиса 16 цифр)

Наименование страховой медицинской организации: ООО "СМК РЕКО-Мед"

ИНН 02 (12 цифр)

СНИЛС: 216-969-000-24 (11 цифр)

Наименование и адрес медицинской организации (поликлиники), оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании до момента подачи заявления: _____

ГКБ №2 г. Сибай

Дата заполнения: "25" 08 2023 г. Подпись пациента: Иванов ИИ

Уч. врач: _____ Главный врач (зам. глав. врача.): _____

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства
я, Иванов Иван Иванович, "01" 01.05 г. рожд.

проживающий по адресу: г. Сибай, ул. Ленина, 9-26, кв. 28.
(Ф.И.О. полностью)
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение следующих видов медицинских вмешательств: Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; Антропометрические исследования; Термометрия; Тонометрия; Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно; Медицинский массаж; Лечебная физкультура, для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа

Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов выше перечисленных медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я извещен(а) о необходимости соблюдения режима в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных препаратов. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) на них удовлетворительные ответы. С предложенным планом лечения согласен(а).

Дата 25.08.2023г. Подпись гражданина или законного представителя гражданина: _____

Медицинский работник: _____

ПЕРЕЧЕНЬ ПУНКТОВ ВЫДАЧИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПОЛИСОВ (на 02.04.2025)			
Адрес сайта ГУ ТФОМС РБ: www.tfoms-rb.ru			
№	Страховая медицинская организация	Адрес пункта выдачи	Телефон
1.	Филиал АО «МАКС-М» в г. Уфе Адрес сайта: www.makcm.ru Горячая линия: 8-800-555-35-03	г.Уфа, ул. Ленина, д. 99 г.Уфа, Проспект Октября, д.4/2, литера Б г.Уфа, Проспект Октября, д. 56 г.Уфа, ул. Дагестанская, д. 13а	8(347) 292-73-30 8(347) 292-16-06 8(347) 285-85-89 8(347) 281-70-43
2.	Уфимский филиал ООО «СМК РЕСО-Мед» Адрес сайта: www.reso-med.com Горячая линия: 8-800-200-92-04 (с мобильного *208)	г.Уфа, ул. Кирова, д. 31 г.Уфа, ул. Софьи Перовской, д. 50 г.Уфа, ул. Гагарина, д. 36 г.Уфа, ул. Первомайская, д. 64 г.Уфа, ул. Сержанта Пашкова, д. 8	8-800-200-92-04
3.	Филиал «Башкортостан» ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Адрес сайта: www.alfastrahoms.ru Горячая линия: 8-800-555-10-01	г.Уфа, ул. Бабушкина, д. 25 г.Уфа, ул. Черниковская, д. 51 г.Уфа, ул. Стадионная, д. 7/2 г.Уфа, Проспект Октября, д. 26 (временно не работает)	8-800-555-10-01
4.	Административное Структурное Подразделение ООО «Капитал МС» - Филиал в Республике Башкортостан Адрес сайта: www.kapmed.ru Горячая линия: 8-800-100-81-02	г.Уфа, ул. Менделеева, д.128/1 г.Уфа, Проспект Октября, д. 56 г.Уфа, ул. Академика Королева, д.2 г.Уфа, ул. Правды, д. 20	8-800-775-85-90
5.	Уфимский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Адрес сайта: www.sogaz-med.ru Горячая линия: 8-800-100-07-02	г.Уфа, ул. Пархоменко, д.156, корп. 3 (бизнес – центр «Маяк») г.Уфа, ул. Рыльского, д. 13	8-800-100-07-02
6.	АО «АСТРАМЕД-МС» (СМК) Филиал в Республике Башкортостан Адрес сайта: www.astramed-ms.ru Горячая линия: 8-800-250-01-60	г.Уфа, ул. 8 Марта, д. 32/1 г.Уфа, ул. Стадионная, д. 7/2 г.Уфа, ул. Рыльского, д. 10 г.Уфа, ул. Нежинская, д. 28	8(347) 286-21-47 8-986-7000-796 8-986-7000-784 8-986-7000-782
7.	Башкирский филиал «Спасение - БМСК» Адрес сайта: www.spasenie-med.ru Горячая линия: 8-800-100-07-17	г.Уфа, ул. Достоевского, д. 100 г.Уфа, ул. Ахметова, д. 326 г.Уфа, ул. Транспортная, д. 36/3	8(347) 246-57-79 8(347) 246-07-10 8(347) 239-04-53