



ФГБУЗ «Медицинский центр «Решма»
ФМБА РОССИИ

155841, Ивановская область, Кинешемский район,
территория МЦ Решма, д. 1
Тел./факс: +7 (49331) 29-826,
e-mail: sanreshma@mail.ru
ОКПО, ОГРН 02587191, 1023701591715
ИНН/КПП 3713003497/370301001
ОБ. РР.25. № 94-05/556

На № _____ от _____

УВЕДОМЛЕНИЕ.

Настоящим письмом уведомляем Вас о том, что в связи с высокой потребностью населения в оказании специализированной медицинской помощи по медицинской реабилитации по программе ОМС, учреждением утвержден график приема заявок о госпитализации пациентов в ОВР (отделение взрослой реабилитации) и ОДР (отделение детской реабилитации) в 2026 году (Приложение №1).

Прием и рассмотрение заявок осуществляется в порядке «живой очереди», по дате их поступления.

Порядок приема заявок:

Претенденту необходимо направить на электронный адрес reshma-2@mail.ru скан-копии следующих документов:

- 1) При выписке из стационара менее 1 месяца назад:
 - выписка из стационара,
 - медицинский полис ОМС (обе стороны),
 - СНИЛС,
 - анкета в ОВР (Приложение №2),
 - согласие на обработку персональных данных (Приложение №3).
 - 2) При выписке из стационара более 1 месяца назад:
 - заключение врача-специалиста с подробным описанием состояния пациента в настоящее время - жалоб, данных осмотра, диагностических и лабораторных данных, подтверждающих основной диагноз (давностью не более 1-го месяца),
 - выписка из стационара,
 - медицинский полис ОМС (обе стороны),
 - СНИЛС,
 - анкета в ОВР (Приложение №2),
 - согласие на обработку персональных данных (Приложение №3).
 - 3) После амбулаторного лечения:
 - заключение врача-специалиста с подробным описанием состояния пациента в настоящее время - жалоб, данных осмотра, диагностических и лабораторных данных, подтверждающих основной диагноз (давностью не более 1-го месяца),
 - медицинский полис ОМС (обе стороны),
 - СНИЛС,
 - анкета в ОВР (Приложение №2),
 - согласие на обработку персональных данных (Приложение №3).
- Документы давностью более 1 года на рассмотрение не принимаются.

Решение по госпитализации пациента принимается врачебной комиссией ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России. Уведомляем, что срок рассмотрения заявки может составлять до 3-х недель в зависимости от количества поступающих медицинских документов.

Перенос заявок на последующий период автоматически осуществляться не будет. В случае, если по заявке пришел отказ в связи с отсутствием мест в рамках периода приема, заявку нужно подать повторно на следующий месяц.

Информация о количестве мест для приема пациентов на медицинскую реабилитацию в МЦ «Решма» по всем нозологическим формам заболеваний, в соответствии с графиком приема заявок, до 29 декабря 2025 г. будет размещена на официальном сайте учреждения www.reshma.ru в разделе «Медицинская реабилитация» с последующей корректировкой в течение года.

Контактная информация: эл. почта reshma-2@mail.ru, тел. (49331)29-829 – отдел реабилитации.

Обращаем Ваше внимание, что количество мест для оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации по программе ОМС (круглосуточный и дневной стационары) ограничено и зависит от объемов специализированной медицинской помощи, выделенных учреждению Федеральным фондом обязательного медицинского страхования на текущий финансовый год.

ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России, как федеральное учреждение, ориентирован на лечение сложных больных с оказанием высокоинтенсивной специализированной медицинской помощи. Остальным категориям пациентов предусмотрено оказание специализированной медицинской помощи по месту жительства.

При решении вопроса о приеме пациентов для оказания специализированной медицинской помощи по медицинской реабилитации учреждение руководствуется требованиями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 23 декабря 2020 г. N 1363н, а также Приказа Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых".

В соответствии с установленными Приказом Минздрава России от 23.12.2020 №1363н правилами пациент может быть госпитализирован в федеральную медицинскую организацию только при наличии следующих показаний:

- а) нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения;
- б) необходимость применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- в) высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;
- г) необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств в случаях, предусмотренных подпунктами "а" - "в" настоящего пункта;
- д) необходимость дополнительного обследования в диагностически сложных случаях и (или) в случаях комплексной предоперационной подготовки у пациентов с осложненными формами заболевания и (или) коморбидными заболеваниями для последующего лечения;
- е) необходимость повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации.

С уважением,
Врио главного врача
ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России


Ю.А. Куликова

График приема заявок о госпитализации пациентов на медицинскую реабилитацию в ОВР и ОДР ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России по программе ОМС в 2026 году

| Заезд | Период приема документов: Начало строго с 8:00 утра по московскому времени |
|---------------|---|
| Январь 2026 | С 10.12.2025г. до полного набора |
| Февраль 2026 | С 12.01.2026г. до полного набора |
| Март 2026 | С 03.02.2026г. до полного набора |
| Апрель 2026 | С 03.03.2026г. до полного набора |
| Май 2026 | С 01.04.2026г. до полного набора |
| Июнь 2026 | С 05.05.2026г. до полного набора |
| Июль 2026 | С 02.06.2026г. до полного набора |
| Август 2026 | С 01.07.2026г. до полного набора |
| Сентябрь 2026 | С 03.08.2026г. до полного набора |
| Октябрь 2026 | С 01.09.2026г. до полного набора |
| Ноябрь 2026 | С 01.10.2026г. до полного набора |
| Декабрь 2026 | С 02.11.2026г. до полного набора |

**АНКЕТА ДЛЯ ПРЕТЕНДЕНТА НА РЕАБИЛИТАЦИЮ
В ОВР (отделение взрослой реабилитации)
ФГБУЗ МЦ «РЕШМА» ФМБА РОССИИ**

1) ФИО

2) Контактный телефон

3) Может ли сидеть сам или упоры? Если да, то сколько

4) Может ли пациент стоять у опоры? Если да, то сколько

5) Пациент передвигается самостоятельно в пределах квартиры, выходит на улицу, сколько метров может пройти?

6) Нужна ли пациенту помощь в проведении гигиенических процедур, в приеме пищи?-

Врио главного врача ФГБУЗ МЦ «Решма»
ФМБА России Куликовой Ю.А.

(ФИО Потребителя, Заказчика)
паспорт: серия _____ номер _____
выдан ____ . ____ . ____ г. _____

зарегистрирован _____

СОГЛАСИЕ гражданина на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. потребителя, заказчика)

_____ года рождения, именуемый далее «Гражданин», настоящим документом даю согласие Федеральному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Медицинский центр «Решма» Федерального медико-биологического агентства (ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России), ОГРН 1023701591715 (именуемому далее «Оператор»), на обработку моих персональных данных, включающих:

- фамилию, имя, отчество;
- пол;
- дату рождения;
- адрес проживания;
- контактный телефон;
- реквизиты полиса ОМС (ДМС);
- страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
- данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

Согласие на обработку персональных данных дается мною в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Я, _____ предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в медицинскую документацию, медицинскую информационную систему, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____, другими организациями и отдельными специалистами в моих интересах для решения поставленных вопросов либо урегулирования спора в досудебном порядке, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись / ФИО