

1.12. Довірена особа пацієнта для повідомлення у разі настання екстреного випадку з пацієнтом (для осіб віком від 14 до 18 років обов'язково зазначається один з батьків)

1.12.1. Прізвище, ім'я, по батькові
1.12.2. Контактний номер телефону

+	3	8	()														
---	---	---	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. ЛІКАР, ЯКИЙ НАДАЄ ПМД

2.1. Прізвище, ім'я, по батькові

2.2. Контактний номер телефону лікаря

+	3	8	()														
---	---	---	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.3. Адреса електронної пошти лікаря

2.4. Посада лікаря-спеціаліста (відмітити позначкою «X»):

- Лікар-терапевт (для пацієнтів від 18 років)
 Лікар-педіатр (для пацієнтів до 17 років включно)
 Лікар загальної практики - сімейний лікар

3. НАДАВАЧ ПМД

3.1. Повне найменування / П.І.Б.

3.2. Код ЄДРПОУ/РНОКПП або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.3. Контактний номер телефону

+	3	8	()														
---	---	---	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.4. Адреса електронної пошти

3.5. Адреса місця надання медичних послуг ПМД лікарем, який надає ПМД

3.5.1. Тип та назва вулиці (відмітити позначкою «X»):

- вулиця
 бульвар
 проспект
 провулок
 площа
 проїзд
 узвіз
 майдан
 інший тип елемента вулично-дорожньої мережі (зазначається разом із назвою)

3.5.2. Будинок

--	--	--	--

3.5.3. Тип та назва населеного пункту (відмітити позначкою «X»):

- місто
 село
 селище міського типу

3.5.4. Район (не заповнюється для міст обласного значення)

3.5.5. Область (не заповнюється для міст Києва та Севастополя)

4. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК ПАЦІЄНТА

(не заповнюється у разі подання Декларації пацієнтом - дієздатною особою після досягнення 14-річного віку)

4.1. Прізвище, ім'я, по батькові

4.2. Дата народження

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.3. Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі наявності)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.4. Тип, серія (за наявності), номер, дата та орган видачі документа, що посвідчує особу законного представника

4.5. Тип документа, що засвідчує повноваження законного представника
(відмітити позначкою «X»):

- свідоцтво про народження
- посвідчення

4.6. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі, термін дії документа (за наявності), що засвідчує повноваження законного представника

4.7. Контактний номер телефону

+	3	8	()												
---	---	---	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.8. Адреса електронної пошти (за наявності)

В.о. директора Медичного департаменту

5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Своїм підписом (позначкою «X») у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (П.І.Б. пацієнта або його законного представника)

надаю згоду на збір, зберігання, передачу, знеособлення моїх (пацієнта, законним представником якого я є) персональних даних, зазначених в цій Декларації, та інформації, необхідної в цілях охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, для забезпечення лікування чи лікування або надання ПМД, функціонування електронної системи охорони здоров'я, володільцю і розпоряднику – Національній службі здоров'я України, адміністратору центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, надавачу ПМД та лікарю, які зазначені в цій Декларації, за умови, що такі дані обробляються медичними працівниками або іншими уповноваженими особами надавача ПМД та Національній службі здоров'я України, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних, з метою здійснення медичного обслуговування, надання лікарських засобів, функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Підписуючи цю Декларацію, я надаю згоду на доступ до перегляду даних про мене (пацієнта, законним представником якого я є), що містяться в електронній системі охорони здоров'я, лікарю, який надає ПМД, зазначеному в цій Декларації, а також іншим лікарям, які надаватимуть мені (пацієнту, законним представником якого я є) медичну допомогу, в межах, необхідних для надання такої допомоги.

Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «X» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Підпис пацієнта (його законного представника) (у разі заповнення у паперовій формі) або позначка «X» (у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я)

Своїм підписом підтверджую добровільний вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Дата подання

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

А.О. Гаврилюк