

ГБУЗ «Городская поликлиника № 4»
185034 г. Петрозаводск,
ул. Нойбранденбургская, 1
Главному врачу О.Ю. Билко

от _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня _____

(фамилия, имя, отчество)

для медицинского обслуживания в ГБУЗ «Городская поликлиника № 4».

Дата рождения (число, месяц, год) _____ пол _____

Место рождения _____

Гражданство _____

Паспорт серии _____ № _____ выдан _____

Место жительства _____

Место регистрации _____

Дата регистрации _____

Контактный телефон _____

Серия, номер полиса _____ № договора _____

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациенту в настоящее время (на момент подачи заявления) _____

Для женщин: в какой женской консультации наблюдалась ранее _____

Где находится амбулаторная карта на данный момент _____

Заполняется законным представителем ребенка или недееспособного пациента

Законный представитель пациента (ребенка, недееспособного пациента) _____

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Отношение к пациенту _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

Контактный телефон _____

_____ (дата)

_____ (подпись)

Медрегистратору прикрепить к: ВП, ЖК, стоматологии, ДП (нужное подчеркнуть).

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
И НА ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ**

Я, нижеподписавшийся, _____,
(Ф.И.О.)

проживающий по адресу _____,
паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

подтверждаю свое согласие:

1. на обработку ГБУЗ «Городская поликлиника № 4» (далее – Оператор) моих персональных данных, данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, 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 соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. ст. 13 № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями: Карельский филиал ООО «СМК Ресо-Мед», Филиал ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г. Петрозаводске, страховыми организациями, действующими на территории Российской Федерации, ГУ «Карельский территориальный фонд обязательного медицинского страхования», а также с другими ЛПУ с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

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

2. на определенные виды медицинских вмешательств в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390 н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура

Настоящее согласие дано мной лично и действует бессрочно.

Подпись пациента _____

_____ (дата)

Отметка Ответственного сотрудника _____
(дата, подпись и Ф.И.О. сотрудника, принявшего данное согласие)