

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

даю согласие **Министерству здравоохранения Республики Башкортостан** на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологической медицинской помощи.

1. Дата рождения: _____ 2. Пол: женский / мужской
(число, месяц, год) (нужное обвести)

3. Документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование) (номер и серия)

(кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства: Республика Башкортостан
(муниципальный район, городской округ) (населенный пункт)

(улица) (дом, корпус, строение, квартира)

5. Адрес фактического проживания: _____
(муниципальный район, городской округ, населенный пункт)

(улица) (дом, корпус, строение, квартира)

6. Контактные телефоны: 1. _____ 2. _____ 3. _____
(домашний, мобильный законных представителей)

7.: _____
(Наименование страховой медицинской организации)
(серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента (Полис ОМС))

8.: ---
(Страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС)) 9*: ребенок-инвалид да / нет
(Социальный статус, сведения о наличии группы инвалидности, нужное обвести)

Примечание: пункты с 10 по 14 заполняются, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

Сведения о родителе (законном представителе) 10.: _____
(фамилия, имя, отчество)

11. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

12. Адрес места жительства: _____
(муниципальный район, городской округ, населенный пункт)

(улица) (дом, корпус, строение, квартира)

13. Документ, удостоверяющий личность: Паспорт Российской Федерации
(наименование) (номер и серия)

(кем и когда выдан)

14. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя: _____
(наименование документа, номер и серия, кем и когда выдан)

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а).

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна).

Прошу направить медицинские документы _____

Информирован об ответственности в том, что:

а) в случае отказа от поездки в ФМУ обязуюсь известить об этом Министерство здравоохранения Республики Башкортостан. Повторное направление документов в ФМУ будет организовано в порядке общей очередности после предоставления медицинских документов;

б) по окончании лечения в ФМУ в случае необходимости повторной госпитализации обязуюсь своевременно предоставить в Министерство здравоохранения Республики Башкортостан копию выписного эпикриза из ФМУ или заключение комиссии ФМУ с указанием о необходимости повторной госпитализации, а также выписку из истории болезни с клиническими и лабораторно-инструментальными данными по месту наблюдения/лечения на состояние, близкое к дате очередной госпитализации;

в) по окончании лечения в ФМУ в случае выделения ФМУ путевки на санаторно-курортное лечение обязуюсь известить об этом Министерство здравоохранения Республики Башкортостан.

Срок действия Заявления - один год с даты подписания.

Подпись пациента или законного представителя _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам. Заявление и документы пациента зарегистрированы.

Дата приема и подпись специалиста _____

**Председателю Комиссии
Министерства здравоохранения
Республики Башкортостан
по отбору и направлению граждан
в федеральные медицинские
организации**

(Ф.И.О.) _____

(адрес) _____

Заявление

Прошу Вас рассмотреть мои документы для направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в федеральный центр

_____ (наименование федерального медицинского учреждения)

по профилю _____.

Проинформирован, что в случае отказа от поездки в ФМУ обязуюсь оповестить об этом Министерство здравоохранения Республики Башкортостан. Повторное направление документов будет организовано в порядке общей очередности после предоставления медицинских документов в Республиканские ЛПУ.

Проинформирован, что в компетенцию Министерства здравоохранения Республики Башкортостан входит только прием документов и ввод данных в программно-аппаратный комплекс. Окончательное решение о необходимости лечения в Федеральных центрах принимается тем ФМУ, куда были направлены документы.

Информирован, что выделение плановых объемов (квот) входит в полномочия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Дата _____

Подпись _____

