

## **ДЕКЛАРАЦІЯ**

ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

izi bilili oli ilizgiri ili oli go			
№ 10 08 12 32 41 12 08 12 32	2 41 12 08 12 32 41 12 3	Micault /	

Пацієнт Контактні дані Слово-пароль

1.1 Константинопольський-Браун 1.2 Олександр

- 13 Костянтинович
- 1.5 чоловічої статі
- 14 22/08/1977

3.2-3 документ: ПАСПОРТ ВК110202

3.4 місце м. Хмельницький, Україна

народження:

3.5 РНОКПП: 3314501220 6. місце 11302

реєстрації: вул. Серафимовича, 5/1, кв. 67

м. Великоанадоль Ясинуватського району Донецької області

3.1 верифікація: проведено по смс / додана скан-копія документу

21 +38 (050) 775-48-73 2.2 КАЛЕНДУЛА

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

23 konkonkonst-braun@kiev.gov.ua

проживає за адресою:

4.1 11302

5.1

5.2

5.3

- 4.2-4 вул. Серафимовича, 5/1, кв. 67
  - 4.5 смт. Великоанадоль
- 4.6-7 Ясинуватського району Донецької області

Контактні дані особи на випадок екстреної ситуації з пацієнтом

Константинопольський-Браун Костянтин Костянтинович

+38 **(050) 775-48-73** 

## Законні представники, опікуни чи піклувальники пацієнта

- 9.1 Константинопольський-Браун
- 9.2-3 Костянтин Костянтинович
- 9.12 +38 (050) 775-48-73

дата та місце народження, стать

- 9.4-5 22/08/1977, чоловічої статі
- 9.8 Україна, м. Хмельницький

документ, що посвідчує особу

- 9.6-7 ID-KAPTKA BK110202
- 9.9 РНОКПП: 3314501220

документ, що підтверджує факт представництва

- 9.10 СВІДОЦТВО ПРО НАРОДЖЕННЯ
- 9.11 BB 110944

- 10.1 Єгоровейко-Константинопольська-Браун
- 10.2-3 Віолета Павлівна
- 10.12 +38 (050) 775-48-73

дата та місце народження, стать

- 10.4-5 22/08/1977, жіночої статі
- 10.8 Україна, м. Хмельницький

документ, що посвідчує особу

- 10.6-7 ПОСВІДКА АНЗ10492
- 10.9 РНОКПП: 2986470210

документ, що підтверджує факт представництва

- 10.10 ПОСВІДЧЕННЯ ОПІКУНА
- 10.11 EΓ 235945

#### Лікар

- 7.1 Каваререлідзе
- 7.2-3 Іпполіт Моісейович

запис на прийом:

- 7.5 +38 **(050)** 775-48-73
- 7.6 konkonkonst-braun@kiev.gov.ua

адреса прийому пацієнтів:

74 бул. Вацлава Гавела, 22 смт. Великоанадоль

постачальник послуг:

- 8.1 Комунальне підприємство Центр Здоров'я «Старокиївський»
- 8.2 11502, бул. Вацлава Гавела, 22, смт. Великоанадоль Ясинуватського району Донецької області
- 8.3 €ДР: 28008822.
- 8.4 Ліцензія МОЗ №599781, 17/01/2012
- 8.5 +38 (050) 775-48-73
- 8.6 konkonkonst-braun@kiev.gov.ua

	Дата:
	/ /
(підпис лікаря)	

## Своїм підписом я,\_

(ПІБ пацієнта)

підтверджую добровільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги, достовірність наданих мною даних, а також надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних, зокрема щодо здоров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, яка працює у дослідній експлуатації, а також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням, поширенням, розповсюдженням, знеособленням реалізацією, передачею, знищенням будь-яких відомостей про мене для цілей охорони здоров'я, у тому числі надання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання первинної медичної допомоги, іншим лікарям за його направленням або лікарю, до якого звернувся пацієнт, в межах, необхідних для надання медичної допомоги та/або медичних послуг, в рамках промислової експлуатації електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про передачу (поширення) моїх персональних даних, що включені до електронної системи охорони здоров'я, третім особам, якщо така передача (поширення) відбувається в моїх інтересах з метою реалізації вказаних вище правовідносин. Розпорядниками персональних даних є медичні інформаційні системи, підключені до електронної системи охорони здоров'я.

(ПІБ особи, яка внесла дані до декларації)

		L
		ı
	I 	ï
		l
	L	l
(	підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника	)



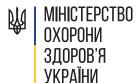
# ДЕКЛАРАЦІЯ П

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від №

ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ	від	Ν₂
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ		
№		

	ними літерами
Пацієнт	2 Контактні дані
1.1 Прізвище	
1.2 lm/я	
1.3 По батькові	
1.4 Дата народження	Мобільний телефон відсутній 1.5 Стать Ц Ж
	2.2 Слово-пароль для ідентифікації по телефону опри електроному заповненні
3.2 <b>Тип документу</b> обведіть потрібне ПАСПОРТ ІD-КАРТКА ПОСВ	ІДКА СВІДОЦТВО  літери української абетки та цифри всього не менше шести знаків
з.з Серія, номер документу	
3.4 Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особу	
країна <u>І І І І І І І І І І І І І І І І І І І</u>	2.3 Адреса електронної пошти
населений пункт	
3.5 Номер облікової картки платника податків	
не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєстраційного н	
платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта	
4. Адреса проживання — для надання допомоги за місцем	проживання або перебування
	к , , , , , , 4.4 Квартира , , , , ,
	проспект, провулок,
4.5 Тип та назва населеного пункту м місто, с село, смт - селище міськог	
4.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 4.7 V	Область не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь
Контактна особа на випадок екстреної ситуації з паціє	нтом
5.1 Прізвище	5.3 Контактний номер телефону
5.2 Ім'я, по батькові <u> </u>	 
•	
	ся, якщо не збігається із місцем проживання/перебування
6 Адреса реєстрації Заповнюєть	ся, якщо не збігається із місцем проживання/перебування
<b>6</b> Адреса реєстрації <b>Заповнюєть</b> 6.3 Будино	к 6.4 Квартира
6.1 Індекс       6.3 Будино         6.2 Тип та назва вулиці       1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	к 6.4 Квартира вулиця, бульвар, проспект, провулок,
<b>6</b> Адреса реєстрації <b>Заповнюєть</b> 6.3 Будино	к 6.4 Квартира вулиця, бульвар, проспект, провулок,
6.1       Індекс       6.3       Будино         6.2       Тип та назва вулиці       1	К 6.4 Квартира вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проізд, узвіз
6.1       Індекс       6.3       Будино         6.2       Тип та назва вулиці       1	К 6.4 Квартира вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проізд, узвіз площа, проізд, узвіз
6.1 Індекс       6.3 Будино         6.2 Тип та назва вулиці       1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	К 6.4 Квартира вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проїзд, узвіз
6.1       Індекс       6.3       Будино         6.2       Тип та назва вулиці       1	К 6.4 Квартира вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проізд, узвіз площа, проізд, узвіз
6.1       Індекс       6.3       Будино         6.2       Тип та назва вулиці       1	К 6.4 Квартира вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проізд, узвіз площа, проізд, узвіз
6.1 Індекс       6.3 Будино         6.2 Тип та назва вулиці       6.5 Тип та назва населеного пункту м місто, с село, смт - селище міського         6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення       6.7 О         7 Лікар	К
6.1 Індекс 6.3 Будино 6.2 Тип та назва вулиці 7.1 Прізвище 7.1 Прізвище	К 6.4 Квартира
6.1 Індекс 6.3 Будино 6.2 Тип та назва вулиці 6.5 Тип та назва населеного пункту м місто, с село, смт - селище міського 6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 О  7 Лікар 7.1 Прізвище 7.2 Ім'я	К
6.1 Індекс 6.3 Будино 6.2 Тип та назва вулиці 6.5 Тип та назва населеного пункту м місто, с село, смт - селище міського 6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 О  Лікар 7.1 Прізвище 7.2 Ім'я 7.3 По батькові 7.4 Адреса місця надання	К 6.4 Квартира
6.1 Індекс 6.3 Будино 6.2 Тип та назва вулиці 6.5 Тип та назва населеного пункту м. – місто, с. – село, смт – селище міського 6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 О  Лікар 7.1 Прізвище 7.2 Ім'я 7.3 По батькові 7.4 Адреса місця	К
6.1 Індекс 6.3 Будино 6.2 Тип та назва вулиці 6.5 Тип та назва населеного пункту м місто, с село, смт - селище міського 6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 О  Лікар 7.1 Прізвище 7.2 Ім'я 7.3 По батькові 7.4 Адреса місця надання	К 6.4 Квартира
6.1 Індекс 6.3 Будино 6.2 Тип та назва вулиці 6.5 Тип та назва населеного пункту м місто, с село, смт - селище міського 6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 О  7 Лікар 7.1 Прізвище 7.2 Ім'я 7.3 По батькові 7.4 Адреса місця надання послуг	К 6.4 Квартира
6.1 Індекс 6.3 Будино 6.2 Тип та назва вулиці 6.5 Тип та назва населеного пункту м місто, с село, смт - селище міського 6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 б 7 Лікар 7.1 Прізвище 7.2 Ім'я 7.3 По батькові 7.4 Адреса місця надання послуг 8 Постачальник послуг первинної медичної допомоги 8.1 Назва	К
6.1 Індекс 6.3 Будино 6.2 Тип та назва вулиці 6.5 Тип та назва населеного пункту м. – місто, с. – село, смт – селище міського 6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 б 7 Лікар 7.1 Прізвище 7.2 Ім'я 7.3 По батькові 7.4 Адреса місця надання послуг 8 Постачальник послуг первинної медичної допомоги	К
6.1 Індекс 6.3 Будино 6.2 Тип та назва вулиці 6.5 Тип та назва населеного пункту м місто, с село, смт - селище міського 6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 О 7 Лікар 7.1 Прізвище 7.2 Ім'я 7.3 По батькові 7.4 Адреса місця надання послуг 8 Постачальник послуг первинної медичної допомоги 8.1 Назва 8.2 Адреса місця	К
6.1 Індекс 6.3 Будино 6.2 Тип та назва вулиці 6.5 Тип та назва населеного пункту м місто, с село, смт - селище міського 6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 О  7 Лікар 7.1 Прізвище 7.2 Ім'я 7.3 По батькові 7.4 Адреса місця надання послуг 8 Постачальник послуг первинної медичної допомоги 8.1 Назва 8.2 Адреса місця реєстрації	К
6.1 Індекс 6.3 Будино 6.2 Тип та назва вулиці 6.5 Тип та назва населеного пункту м місто, с село, смт - селище міського 6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 б 7 Лікар 7.1 Прізвище 7.2 Ім'я 7.3 По батькові 7.4 Адреса місця надання послуг 1 Постачальник послуг первинної медичної допомоги 8.1 Назва 8.2 Адреса місця	К

	Дані законного представника, опікуна чи піклувал	2131161164161116	
9.1	Прізвище		9.12 Контактний телефон
9.2	Ім'я		+38 0
9.3	По батькові		рекомендовано мобільний
9.4	Дата народження	9.5 Стать Ц Ж	
	день місяць рік		
	Документи, що посвідчують особу представника,	опікуна чи піклувальника	Увага!
9.6	Тип документу обведіть потрібне ПАСПОРТ	ID-КАРТКА ПОСВІДКА	Блок заповнюється
	Серія, номер документу		для дітей віком до
	Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ		14 років,
	країна		та в інших випадках,
	населений пункт		коли у пацієнта
9.9	Номер облікової картки платника податків		є законні представники,
	не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс	праційного номера облікової картки	опікуни
	платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта		чи піклувальники
	Документи, що посвідчують факт представництва		17. T
9.10	Тип документу СВІДОЦТВО ПОСВІДЧЕННЯ ОПІКУНА	ДОКУМЕНТ РІШЕННЯ СУДУ	
	Серія, номер документу		
	для рішення суду та документу— номер справи або рішення, дата		
40	nomep chipaga doo piwenini, dania		
10	Дані іншого законного представника, опікуна чи г	іклувальника пацієнта	
10.1	Прізвище		10.12 Контактний телефон
10.2	Ім'я		+38 0
10.3	По батькові		рекомендовано мобільний
10.4	Дата народження	10.5 Стать _Ч _Ж_	
	день місяць рік		
	Документи, що посвідчують особу представника,	опікуна чи піклувальника	Увага!
40 -	обведіть Стана		
10.6		ID-КАРТКА ПОСВІДКА	Блок заповнюється
	ТИП ДОКУМЕНТУ потрібне ПАСПОРТ		
10.7			для дітей віком до
10.7	Тип документу         потрібне         ПАСПОРТ           Серія, номер документу         1		для дітей віком до 14 років,
10.7	Тип документу потрібне ПАСПОРТ Серія, номер документу Паспорт Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ	y	<b>для дітей віком до</b> <b>14 років,</b> та в інших випадках,
10.7 10.8	Тип документу потрібне ПАСПОРТ Серія, номер документу Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна населений пункт	y	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта
10.7 10.8	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс	y	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники,
10.7 10.8	Тип документу Серія, номер документу Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна населений пункт Номер облікової картки платника податків не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта	y	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс	y	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники,
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва	у	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва	y	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу  СВІДОЦТВО ПОСВІДЧЕННЯ ОПІКУНА  Серія, номер документу  для рішення суду та документу—	у	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу  Свідоцтво Посвідчення опікуна Серія, номер документу	у	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття ресс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу  Свідоцтво  Посвідчення опікуна  Серія, номер документу  для рішення суду та документу— номер справи або рішення, дата	у	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу  СВІДОЦТВО ПОСВІДЧЕННЯ ОПІКУНА  Серія, номер документу  для рішення суду та документу—	у	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна населений пункт  Номер облікової картки платника податків не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття ресс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу СВІДОЦТВО ПОСВІДЧЕННЯ ОПІКУНА Серія, номер документу для рішення суду та документу номер справи або рішення, дата  Своїм підписом я,	ДОКУМЕНТ РІШЕННЯ СУДУ  ——————————————————————————————————	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу  Свідоцтво Посвідчення опікуна  Серія, номер документу  для рішення суду та документу  номер справи або рішення, дата  Підтверджую добровільний вибір лікаря з надання первинної медичі мною даних, а також надаю згоду на обробку та використання моїх здоров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, як.	ДОКУМЕНТ РІШЕННЯ СУДУ  ——————————————————————————————————	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна населений пункт  Номер облікової картки платника податків не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття ресс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу  Свідоцтво  Посвідчення Опікуна  Серія, номер документу для рішення суду та документу номер справи або рішення, дата  Своїм підписом я,  підтверджую добровільний вибір лікаря з надання первинної медичі мною даних, а також надаю згоду на обробку та використання моїх здоров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, як також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопи зміною, поновленням, використанням, поширенням, розповсю,	ДОКУМЕНТ РІШЕННЯ СУДУ  ДОКУМЕНТ РІШЕННЯ СУДУ  ПІБ пацієнта  ної допомоги, достовірність наданих персональних даних, зокрема щодо і працює у дослідній експлуатації, а ченням, зберіганням, адаптуванням, женням, реалізацією, передачею, женням, реалізацією, передачею, женням, реалізацією, передачею,	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу  Свідоцтво Посвідчення опікуна  Серія, номер документу  для рішення суду та документу  для рішення суду та документу  мною даних, а також надаю згоду на обробку та використання моїх здоров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, яктакож на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопи зміною, поновленням, використанням, поширенням, розповсю знадання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання пе	ДОКУМЕНТ РІШЕННЯ СУДУ  ПІБ пацієнта ної допомоги, достовірність наданих персональних даних, зокрема щодо працює у дослідній експлуатації, а ченням, зберіганням, адаптуванням, женням, реалізацією, передачею, лей охорони здоров'я, у тому числі рвинної медичної допомоги, іншим	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття ресс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу  Свідоцтво Посвідчення Опікуна  Серія, номер документу  для рішення суду та документу  номер справи або рішення, дата  Свідоцтво посвідчують факт представництва  Свідоцтво посвідчення опікуна  Серія, номер документу  для рішення суду та документу  номер справи або рішення, дата  задоров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, які також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопи зміною, поновленням, використанням, поширенням, розповсю, знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для ці	ПІБ пацієнта ної допомоги, достовірність наданих персональних даних, зокрема щодо і працює у дослідній експлуатації, а ченням, зберіганням, адаптуванням, женням, реалізацією, передачею, пей охорони здоров'я, у тому числі рвинної медичної допомоги, іншим іт, в межах, необхідних для надання іт.	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни чи піклувальники  ✓ ,
10.7 10.8 10.9	Серія, номер документу Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна населений пункт Номер облікової картки платника податків не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва Тип документу Свідоцтво Посвідчєння опікуна Серія, номер документу для рішення суду та документу номер справи або рішення, дата  Своїм підписом я,  підтверджую добровільний вибір лікаря з надання первинної медичі мною даних, а також надаю згоду на обробку та використання моїх здоров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, які також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопи зміною, поновленням, використанням, поширенням, розповсю, знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для ці надання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання пелікарям за його направленням або лікарю, до якого звернувся паціє медичної допомоги та/або медичних послуг, в рамках промислово охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про передохорони здоров'я.	ПІБ пацієнта ної допомоги, достовірність наданих персональних даних, зокрема щодо працює у дослідній експлуатації, а ченням, зберіганням, адаптуванням, женням, реалізацією, передачею, пей охорони здоров'я, у тому числі рвинної медичної допомоги, іншим нт, в межах, необхідних для надання ї експлуатації електронної системи ачу (поширення) моїх персональних дач (поширення) моїх персональних	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття ресс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу  Свідоцтво Посвідчення Опікуна  Серія, номер документу  для рішення суду та документу  номер справи або рішення, дата  Своїм підписом я,  підтверджую добровільний вибір лікаря з надання первинної медичімною даних, а також надаю згоду на обробку та використання моїх здоров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, як також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопи зміною, поновленням, використанням, поширенням, розповсю, знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для ці надання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання плікарям за його направленням або лікарю, до якого звернувся паціє медичної допомоги та/або медичних послуг, в рамках промисловк охорони здоров'я, Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я, т (поширення) відбувається в моїх інтересах з метою реалізац (поширення) відбувається в моїх інтересах з метою реалізац	ПІБ пацієнта ної допомоги, достовірність наданих персональних даних, зокрема щодо і працює у дослідній експлуатації, а ченням, зберіганням, адаптуванням, женням, реалізацією, передачею, пей охорони здоров'я, у тому числі рвинної медичної допомоги, іншим іт, в межах, необхідних для надання ї експлуатації електронної системи ачу (поширення) моїх персональних ретім особам, якщо така передача ії вказаних вище правовідносин.	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни чи піклувальники  ✓ ,  ЛІБ особи, яка внесла дані до декларації
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу  Свідоцтво Посвідчення опікуна  Серія, номер документу  для рішення суду та документу  мною даних, а також надаю згоду на обробку та використання моїх здоров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, яктакож на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопи зміною, поновленням, використанням, поширенням, розповсю знадання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання пе лікарям за його направленням або лікарю, до якого звернувся паціє медичної допомоги та/або медичних послуг, в рамках промисловс охорони здоров'я, я не вимагаю здійснення повідомлення про перед даних, що включені до електронної системи охорони здоров'я, т	ПІБ пацієнта ної допомоги, достовірність наданих персональних даних, зокрема щодо і працює у дослідній експлуатації, а ченням, зберіганням, адаптуванням, женням, реалізацією, передачею, пей охорони здоров'я, у тому числі рвинної медичної допомоги, іншим іт, в межах, необхідних для надання ї експлуатації електронної системи ачу (поширення) моїх персональних ретім особам, якщо така передача ії вказаних вище правовідносин.	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни чи піклувальники  ✓ ,  ЛІБ особи, яка внесла дані до декларації
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу СВІДОЦТВО ПОСВІДЧЕННЯ ОПІКУНА  Серія, номер документу  для рішення суду та документу  номер справи або рішення, дата  СВОЇМ Підписом Я,  підтверджую добровільний вибір лікаря з надання первинної медичімною даних, а також надаю згоду на обробку та використання моїх здоров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, як також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопи знадання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання падання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання падання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання падання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання пелкарням за його направленням або лікарю, до якого звернувся паціємедичної допомоги та/або медичних послуг, в рамках промислово охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я.	ПІБ пацієнта ної допомоги, достовірність наданих персональних даних, зокрема щодо і працює у дослідній експлуатації, а ченням, зберіганням, адаптуванням, женням, реалізацією, передачею, пей охорони здоров'я, у тому числі рвинної медичної допомоги, іншим іт, в межах, необхідних для надання ї експлуатації електронної системи ачу (поширення) моїх персональних ретім особам, якщо така передача ії вказаних вище правовідносин.	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни чи піклувальники  ✓ ,  ЛІБ особи, яка внесла дані до декларації Не заповнюється, якщо заповнює пацієнт
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Серія, номер документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу СВІДОЦТВО ПОСВІДЧЕННЯ ОПІКУНА  Серія, номер документу  для рішення суду та документу  номер справи або рішення, дата  СВОЇМ Підписом Я,  підтверджую добровільний вибір лікаря з надання первинної медичімною даних, а також надаю згоду на обробку та використання моїх здоров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, як також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопи знадання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання падання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання падання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання падання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання пелкарням за його направленням або лікарю, до якого звернувся паціємедичної допомоги та/або медичних послуг, в рамках промислово охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про переданих, що включені до електронної системи охорони здоров'я.	ПІБ пацієнта ної допомоги, достовірність наданих персональних даних, зокрема щодо і працює у дослідній експлуатації, а ченням, зберіганням, адаптуванням, женням, реалізацією, передачею, пей охорони здоров'я, у тому числі рвинної медичної допомоги, іншим іт, в межах, необхідних для надання ї експлуатації електронної системи ачу (поширення) моїх персональних ретім особам, якщо така передача ії вказаних вище правовідносин.	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни чи піклувальники  ✓ ,  ЛІБ особи, яка внесла дані до декларації Не заповнюється, якщо заповнює пацієнт
10.7 10.8 10.9	Тип документу  Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особ країна  населений пункт  Номер облікової картки платника податків  не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєс платника податків, про що є відповідна відмітка в паспортії пацієнта  Документи, що посвідчують факт представництва  Тип документу  Свідоцтво Посвідчення опікуна  Серія, номер документу  для рішення суду та документу  номер справи або рішення, дата  Какож на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопи зноров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, які також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопи знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для ці надання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання первинної медичної допомоги, такому лікарю з надання первинної охорони здоров'я, які надання первинної медичних послуг, в рамках промисловс охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про перед даних, що включені до електронної системи охорони здоров'я.  Поширення) відбувається в моїх інтересах з метою реалізац Розпорядниками персональних даних є медичні інформаційні сиситеми охорони здоров'я.	ПІБ пацієнта ної допомоги, достовірність наданих персональних даних, зокрема щодо і працює у дослідній експлуатації, а ченням, зберіганням, адаптуванням, женням, реалізацією, передачею, пей охорони здоров'я, у тому числі рвинної медичної допомоги, іншим іт, в межах, необхідних для надання ї експлуатації електронної системи ачу (поширення) моїх персональних ретім особам, якщо така передача ії вказаних вище правовідносин.	для дітей віком до 14 років, та в інших випадках, коли у пацієнта є законні представники, опікуни чи піклувальники  ЛІБ особи, яка внесла дані до декларації Не заповнюється, якщо заповнює пацієнт  Дата підписання:



## ДЕКЛАРАЦІЯ

ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

первинної медичної допомої и				
№ 10 08 12 32 41 12 08 12 32 41 12 08 12 32 41 12 заповнена	/	/		1
	день	Micalle	niĸ	

Пацієнт

Контактні дані Слово-пароль

## Константинопольський-Браун Костянтин Костянтинович

чоловічої статі

## 22/08/1977

документ: ПАСПОРТ ВК110202

місце м. Хмельницький, Україна

народження:

РНОКПП: 3314501220 місце 11302

реєстрації: вул. Серафимовича, 5/1, кв. 67

м. Великоанадоль Ясинуватського району Донецької області

верифікація: проведено по смс / додана скан-копія документу

# +38 **(050) 775-48-73 КАЛЕНДУЛА konkonkonst-braun@kiev.gov.ua**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

проживає за адресою:

11302

вул. Серафимовича, 5/1, кв. 67

смт. Великоанадоль

Ясинуватського району Донецької області

Контактні дані особи на випадок екстреної ситуації з пацієнтом

## Константинопольський-Браун Костянтин Костянтинович

+38 (050) 775-48-73

## Законні представники, опікуни чи піклувальники пацієнта

### Константинопольський-Браун Костянтин Костянтинович

+38 (050) 775-48-73

дата та місце народження, стать 22/08/1977, чоловічої статі Україна, м. Хмельницький

документ, що посвідчує особу

ID-КАРТКА ВК110202 РНОКПП: 3314501220

документ, що підтверджує факт представництва

СВІДОЦТВО ПРО НАРОДЖЕННЯ

BB 110944

## Єгоровейко-Константинопільська-Браун Віолета Павлівна

+38 (050) 775-48-73

дата та місце народження, стать

22/08/1977, жіночої статі Україна, м. Хмельницький

документ, що посвідчує особу

ПОСВІДКА АН310492 РНОКПП: 2986470210

документ, що підтверджує факт представництва

ПОСВІДЧЕННЯ ОПІКУНА

EΓ 235945

#### Лікар

## Каваререлідзе Іпполіт Моісейович

запис на прийом:

+38 **(050) 775-48-73** 

## konkonkonst-braun@kiev.gov.ua

адреса прийому пацієнтів:

## бул. Вацлава Гавела, 22 смт. Великоанадоль

постачальник послуг:
Комунальне підприємство Центр Здоров'я «Старокиївський»
11502, бул. Вацлава Гавела, 22, смт. Великоанадоль Ясинуватського району Донецької області
ЄДР: 28008822. Ліцензія МОЗ №599781, 17/01/2012
+38 (050) 775-48-73 konkonkonst-braun@kiev.gov.ua
Дата:   

## Своїм підписом я,

(ПІБ пацієнта)

підтверджую добровільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги, достовірність наданих мною даних, а також надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних, зокрема щодо здоров'я, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, яка працює у дослідній експлуатації, а також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням, поширенням, розповсюдженням, реалізацією, передачею, знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для цілей охорони здоров'я, у тому числі надання первинної медичної допомоги, такому знеособленням лікарю з надання первинної медичної допомоги, іншим лікарям за його направленням або лікарю, до якого звернувся пацієнт, в межах, необхідних для надання медичної допомоги та/або медичних послуг, в рамках промислової експлуатації електронної системи охорони здоров'я. Я не вимагаю здійснення повідомлення про передачу (поширення) моїх персональних даних, що включені до електронної системи охорони здоров'я, третім особам, якщо така передача (поширення) відбувається в моїх інтересах з метою реалізації вказаних вище правовідносин. Розпорядниками персональних даних є медичні інформаційні системи, підключені до електронної системи охорони здоров'я.

(ПІБ особи, яка внесла дані до декларації)

I .	

(підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника)