



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ

ДЕКЛАРАЦІЯ

ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

№ 10 08 12 32 41 12 08 12 32 41 12 08 12 32 41 12 заповнена / / /
день місяць рік

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

від №

Пацієнт

Контактні дані

Слово-пароль

- 1.1 **Константинопольський-Браун**
1.2 **Олександр**
1.3 **Костянтинович**
1.5 чоловічої статі
1.4 **22/08/1977**

- 2.1 **+38 (050) 775-48-73** 2.2 **КАЛЕНДУЛА**
2.3 **konkonkonst-braun@kiev.gov.ua**
проживає за адресою:
4.1 11302
4.2-4 вул. Серафимовича, 5/1, кв. 67
4.5 смт. Великоанадоль
4.6-7 Ясинуватського району Донецької області

- 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

Контактні дані особи на випадок
екстреної ситуації з пацієнтом

- 5.1 **Константинопольський-Браун**
5.2 **Костянтин Костянтинович**
5.3 **+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**

- 10.1 **Єгоровейко-Константинопольська-Браун**
10.2-3 **Віолета Павлівна**
10.12 **+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-КАРТКА ВК110202
9.9 РНОКПП: 3314501220
документ, що підтверджує факт представництва
9.10 СВИДОЦТВО ПРО НАРОДЖЕННЯ
9.11 ВВ 110944

- 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 АН310492
10.9 РНОКПП: 2986470210
документ, що підтверджує факт представництва
10.10 ПОСВІДЧЕННЯ ОПІКУНА
10.11 ЕГ 235945

Лікар

- 7.1 **Каваререлідзе**
7.2-3 **Іпполіт Моїсейович**
запис на прийом:
7.5 **+38 (050) 775-48-73**
7.6 **konkonkonst-braun@kiev.gov.ua**

- адреса прийому пацієнтів:
7.4 **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 ЄДР: 28008822.
8.4 Ліцензія МОЗ №599781, 17/01/2012
8.5 +38 (050) 775-48-73
8.6 konkonkonst-braun@kiev.gov.ua

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 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)

Дата: _____

(підпис лікаря)

(підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника)



Будь ласка, заповнюйте декларацію друкованими літерами

1 Пацієнт

1.1 Прізвище _____
1.2 Ім'я _____
1.3 По батькові _____
1.4 Дата народження _____ / _____ / _____
день місяць рік 1.5 Стать Ч Ж

3 Документи, що посвідчують особу

3.1 ☐ паперову копію додано
не обов'язково при електронному заповненні
3.2 Тип документу обведіть потрібне ПАСПОРТ ID-КАРТКА ПОСВІДКА СВІДОЦТВО
3.3 Серія, номер документу _____
3.4 Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особу
країна _____
населений пункт _____
3.5 Номер облікової картки платника податків _____
не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта

2 Контактні дані

2.1 Контактний телефон рекомендовано мобільний
+38 0 _____
☐ Мобільний телефон відсутній
2.2 Слово-пароль для ідентифікації по телефону

літери української абетки та цифри
всього не менше шести знаків
2.3 Адреса електронної пошти

@ _____
за наявності

4 Адреса проживання — для надання допомоги за місцем проживання або перебування

4.1 Індекс _____ 4.3 Будинок _____ 4.4 Квартира _____
4.2 Тип та назва вулиці _____
4.5 Тип та назва населеного пункту м. – місто, с. – село, смт – селище міського типу _____
4.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 4.7 Область не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь
вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проїзд, узвіз

5 Контактна особа на випадок екстреної ситуації з пацієнтом

5.1 Прізвище _____ 5.3 Контактний номер телефону
5.2 Ім'я, по батькові _____ +38 0 _____

6 Адреса реєстрації Заповнюється, якщо не збігається із місцем проживання/перебування

6.1 Індекс _____ 6.3 Будинок _____ 6.4 Квартира _____
6.2 Тип та назва вулиці _____
6.5 Тип та назва населеного пункту м. – місто, с. – село, смт – селище міського типу _____
6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 Область не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь
вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проїзд, узвіз

7 Лікар

7.1 Прізвище _____ 7.5 Телефон запису на прийом
7.2 Ім'я _____ +38 0 _____
7.3 По батькові _____ 7.6 Електронна пошта лікаря
7.4 Адреса місця надання послуг _____
@ _____

8 Постачальник послуг первинної медичної допомоги

8.1 Назва _____ 8.5 Контактний телефон
8.2 Адреса місця реєстрації _____ +38 0 _____
8.3 Код ЄДР/РНОКПП _____ 8.6 Електронна пошта
@ _____
8.4 Ліцензія МОЗ України _____ від _____ / _____ / _____

9.12 Контактний телефон

+38 0

рекомендовано мобільний

Увага!
Блок заповнюється
для дітей віком до
14 років,
та в інших випадках,
коли у пацієнта
є законні представники,
опікуни
чи піклувальники

Документи, що посвідчують факт представництва

10

10.12 Контактний телефон

+38 0

рекомендовано мобільний

Увага!
Блок заповнюється
для дітей віком до
14 років,
та в інших випадках,
коли у пацієнта
є законні представники,
опікуни
чи піклувальники

Документи, що посвідчують факт представництва

Своїм підписом я,

ПІБ пацієнта

ПІБ особи, яка внесла дані до декларації
Не заповнюється, якщо заповнює пацієнт

Дата підписання:

підпис лікаря

підпис пацієнта або законного представника, опікуну чи піклувальника



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ

ДЕКЛАРАЦІЯ

ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

№ 10 08 12 32 41 12 08 12 32 41 12 08 12 32 41 12 заповнена / / /
день місяць рік

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

від №

Пацієнт

**Константинопольський-Браун
Костянтин
Костянтинович**
чоловічої статі
22/08/1977

документ: ПАСПОРТ ВК110202

місце народження: м. Хмельницький, Україна

РНОКПП: 3314501220

місце реєстрації: 11302
вул. Серафимовича, 5/1, кв. 67
м. Великоанадоль
Ясинуватського району
Донецької області

верифікація: проведено по смс / додана скан-копія документу

Контактні дані

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

проживає за адресою:

11302

вул. Серафимовича, 5/1, кв. 67

смт. Великоанадоль

Ясинуватського району Донецької області

Слово-пароль

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, стаття

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
ВВ 110944

**Єгоровейко-Константинопільська-Браун
Віолета Павлівна**

+38 (050) 775-48-73

дата та місце народження, стаття

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

документ, що посвідчує особу

ПОСВІДКА АН310492
РНОКПП: 2986470210

документ, що підтверджує факт представництва
ПОСВІДЧЕННЯ ОПІКУНА
ЕГ 235945

Лікар

**Каваререлідзе
Іпполіт Моїсейович**

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

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 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)

Дата:

/ /

(підпис лікаря)

(підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника)