

**Зазначаються реквізити документу, який використовувався для заповнення Декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я або пред'являвся уповноваженій особі надавача ПМД*

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

[illegible]

1.10. Адреса фактичного місця проживання чи перебування (для надання допомоги за місцем проживання чи перебування та листування)

1.10.1. Збігається з адресою зареєстрованого місця проживання (відмітити позначкою «X»):

1

1.10.2. Поштовий індекс

--	--	--	--	--

1.10.3. 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)

[illegible]

1.10.4. Будинок

--	--	--	--

1.10.5. Квартира

--	--	--	--

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

- ☐ місто
- ☐ село
- ☐ селище міського типу

[illegible]

1.10.7. Район (не заповнюється для міст обласного значення)

[illegible]

1.10.8. Область (не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь)

[illegible]

1.11. Адреса зареєстрованого місця проживання пацієнта (не заповнюється, якщо збігається з адресою фактичного місця проживання)

1.11.1. 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)

[illegible]

1.11.2. Будинок

--	--	--	--

1.11.3. Квартира

--	--	--	--

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

- ☐ місто
- ☐ село
- ☐ селище міського типу

[illegible]

1.11.5. Район (не заповнюється для міст обласного значення)

[illegible]

1.11.6. Область (не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь)

[illegible]

[illegible]

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 посвідчує 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 посвідчує повноваження законного представника

4.7. Контактний номер телефону

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

4.8. Адреса електронної пошти(за наявності)

5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Своїм підписом (позначкою «X» у разі подання через електронний кабінет пацієнта) я, (ПІБ 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 піклування 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 Національної служби здоров'я України, на яких покладені 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

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

В.о. директора Медичного департаменту

А.О. Гаврилюк