Приложение № 6

 к приказу ГАУЗ РКВД №1

 от 18 февраля 2017 г. №34-С

**В Министерство здравоохранения Республики Башкортостан**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии на обработку персональных данных**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Дата рождения  |  | 2.Пол |  |
|  | (число, месяц, год) |  |  (женский, мужской - указать нужное) |
| 3.Документ, удостоверяющий личность: |  |  |
|  |  (наименование) | (номер и серия документа) |
|  |
| (кем и когда выдан) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. Адрес по месту регистрации:  | Республика Башкортостан |  |
|  |  | (муниципальный район, городской округ) |
|  |  |  |
| (населенный пункт) | (улица) |  (дом, корпус, строение, квартира) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. Адрес фактического проживания  | Республика Башкортостан |  |
|  |  (муниципальный район, городской округ) |
|  |  |  |
| (населенный пункт) | (улица) |  (дом, корпус, строение, квартира) |

|  |  |
| --- | --- |
| 6.  |  |
|  | (Контактные телефоны: домашний, мобильный) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Наименование страховой медицинской организации | (серия и № страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования пациента (при наличии)) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8.  |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  | 9.  |  |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) |  | (Социальный статус, сведения о наличии группы инвалидности) |

Примечание: Пункты с 10 по 14 заполняются в том случае, 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 РФ |  |
|  | (наименование) | (номер и серия документа) |
|  |
| (кем и когда выдан) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя: |  |  |
|  | (наименование) | (номер и серия документа) |
|  |
| (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 документы в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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 очерёдности 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы пациента зарегистрированы.

Дата приема и подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.