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