

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

- Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество пациента)
- даю согласие органу управления здравоохранения на обработку и использование персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи и оформления электронного Талона на оказание ВМП
1. Дата рождения \_\_\_\_\_ ; 2. Пол женский, мужской (нужное подчеркнуть).  
(число, месяц, год)
  3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)
  4. Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес по месту регистрации)
  5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания)
  6. Контактный телефон \_\_\_\_\_ 7. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_
  8. Наименование страховой компании, серия и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_
  9. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_  
(номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования)
  10. Социальная группа: дошкольник, школьник, студент, работающий, неработающий, пенсионер (нужное подчеркнуть).
  11. Категория льготы: есть нет (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_
  12. Сведения о законном представителе<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, контактный телефон)
  13. Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)
  14. Документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)
  15. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)
  16. Об ответственности за достоверность представленных в настоящем заявлении сведений предупрежден/предупреждена (нужное подчеркнуть)
  17. На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам и (или) электронной почте, указанным в заявлении, согласен/согласна (нужное подчеркнуть).

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 г.

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы пациента \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

Принял \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018г.  
(должность и Ф.И.О. специалиста) (подпись специалиста)

линия отрыва

### РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ<sup>2</sup>

Заявление и документы \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента) Принял \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 г.  
(должность и Ф.И.О. специалиста) (подпись специалиста) (дата приема заявления)

<sup>1</sup> Пункты 12–15 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина РФ

<sup>2</sup> Выдается на руки пациенту (законному представителю).

## **Категория льготы:**

0. не имеет льгот
1. инвалиды войны
2. участники Великой Отечественной войны
3. ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1-4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона "О ветеранах" (в редакции Федерального закона от 2 января 2000 года №40-ФЗ)
4. военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награждённые орденами или медалями СССР за службу в указанный период
5. лица, награждённые знаком "Жителю блокадного Ленинграда"
6. лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств
7. члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда
8. инвалиды
9. дети-инвалиды
10. граждане РФ, пострадавшие от радиации

## **Социальная группа:**

1. Дошкольник
  - 1.1 Ребёнок-сирота
  - 1.2 Ребёнок, оставшийся без попечения родителей
2. Школьник
  - 2.1 Ребёнок-сирота
  - 2.2 Ребёнок, оставшийся без попечения родителей
3. Студент
  - 3.1 Ребёнок-сирота
  - 3.2 Ребёнок, оставшийся без попечения родителей
4. Работающий
5. Неработающий
6. Пенсионер
7. Военнослужащий