



ТОВ «Медичний центр «Первинка 2»  
ЄДРПОУ 43858467  
50047 Україна, Дніпропетровська обл.,  
м. Кривий Ріг, вул. Самотічна, 13  
email: info@pervynka.in.ua  
тел. +38 068 037 09 90

## ЗГОДА НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

П.І.Б. пацієнта (повністю) \_\_\_\_\_

Для дітей: особа, що заповнює (батько/мати) ПІБ: \_\_\_\_\_

Для одружених жінок: дівоче прізвище \_\_\_\_\_

Я вже мав/мала декларацію з лікарем в іншій амбулаторії міста

Дата народження пацієнта: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ рік

Мобільний телефон для зв'язку з пацієнтом: +38 ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ \_\_\_\_

Довірена особа на екстрений випадок ПІБ \_\_\_\_\_  
тел \_\_\_\_\_

Місце проживання:  За пропискою

Інша адреса: \_\_\_\_\_

Обраний лікар:  Зеленська Марина Сергіївна

Підтверджую свою згоду на надання ТОВ "МЦ "Первинка 2" (далі – Центру) медичних послуг, згоду на обробку моїх (особи, яку я представляю) персональних даних і медичної інформації (включаючи збір, систематизацію, накопичення, зберігання, уточнення (оновлення, зміна)) для їх використання з метою взаємодії з Центром, з правом передачі таких даних іншим спеціалістам і установам виключно в інтересах якісного і своєчасного медичного обслуговування і надання медичної допомоги, а також для внутрішніх досліджень Центру з метою покращення якості медичних послуг.

Погоджуюсь на отримання інформаційних повідомлень, отримання нагадувань, розсилок електронною поштою та іншими засобами зв'язку.

Я проінформований(а), що можу брати участь в усіх процесах лікування та догляду, зокрема у визначенні плану лікування (догляду), отримувати інформацію про медичні втручання, а також їх можливі результати та наслідки, погоджуватися або відмовлятися від медичного втручання (догляду), а також самостійно робити запити і отримувати другу думку щодо лікування.

Я приймаю на себе зобов'язання дотримуватися усіх встановлених Центром правил перебування та отримання медичних послуг, а також самостійно нести відповідальність за особисті речі, які зберігаю у шафках (гардеробі) Центру.

Дана згода після її підписання зберігається Центром в електронному форматі (сканована копія з підписом) і діє безстроково до моменту його відкликання в порядку, передбаченому чинним законодавством. Я даю згоду на знищення копій моїх документів (за наявності таких копій) після внесення даних у декларацію про вибір лікаря.

Я даю згоду надсилати результати лабораторних досліджень на мій контактний email \_\_\_\_\_

Підпис: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

## АНКЕТА ПАЦІЄНТА «ПЕРВИНКИ»

Аби не лишити осторонь важливі показники вашого здоров'я та надати кращі медичні послуги, просимо Вас відповісти на наступні запитання. Ця анкета є добровільною.

### 1. Про які ваші існуючі захворювання вам відомо:

---

### 2. Якими інфекційними захворюваннями ви перехворіли?

- кір     краснуха     вітряна віспа (вітрянка)     паротит (свинка)  
 вірусний гепатит А/В/С     туберкульоз     ВІЛ/СНІД     жодним

### 3. Для жінок: чи ви зараз вагітні?    Так    Ні    Не знаю

### 4. Чи є у вас алергії?    Так    Ні

Якщо Так, то які: на медикаменти \_\_\_\_\_  
інші \_\_\_\_\_

### 5. Чи є у вас регулярний біль або гострий біль, який заважає працювати чи спати?    Так    Ні

Якщо Так, то: де виникає біль \_\_\_\_\_  
наскільки сильний біль від 1 до 10 (1-легкий, 10-нестерпний) \_\_\_\_\_

### 6. Чи є у вас проблеми з нічним сном?    Так    Ні

7. Ваш зріст\* \_\_\_\_\_ см    8. Ваша вага\* \_\_\_\_\_ кг    9. Ваш тиск\* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

10. Коли робили останню флюорографію? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ рік

11. Для жінок: коли в останнє відвідували гінеколога? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ рік

12. Чи ви палите (курите)?     Так     Ні

### 13. Чи робили ви такі щеплення після того як вам виповнилось 18 років:

- дифтерії і правця     кору, краснухи, паротиту     гепатиту В

14. Якщо хтось з ваших рідних хворіли чи хворіють на перелічені хвороби, то відмітьте ці хвороби, будь ласка (батько/мати, брат/сестра, дідусь/бабуся, дядько/тітка):

- цукровий діабет     бронхіальна астма     онкозахворювання  
 серцево-судинні захворювання (інфаркт, інсульт, високий чи низький тиск)

### 15. Перерахуйте лікарські засоби, які ви приймаєте:

На даний момент \_\_\_\_\_  
Постійно \_\_\_\_\_

16. Якщо наявне посвідчення громадянина групи соціально незахищених верств населення, вкажіть яке: учасник бойових дій, інвалід війни, ліквідатор аварії на ЧАЕС, інвалід по загальному захворюванню та інші: \_\_\_\_\_

\* Якщо знаєте, або ж ви можете попросити на рецепції і вам допоможуть виміряти