

ЗГОДА НА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

П.І.Б. пацієнта (повністю) _____

☐ Для дітей: особа, що заповнює (батько/мати) ПІБ: _____

тел. 1: _____ тел. 2: _____

☐ Для одружених жінок: дівоче прізвище матері дитини _____

☐ Я, батько/мати, мав/мала декларацію з лікарем в іншій амбулаторії міста

☐ Я/моя дитина мав/мала декларацію з лікарем в іншій амбулаторії міста

Дата народження пацієнта: ____ / ____ / ____ рік

Мобільний телефон для зв'язку з пацієнтом: +38 (____) _____ , +38 (____) _____

Довірена особа на екстрений випадок: ПІБ _____

тел. _____

Місце проживання: ☐ За пропискою

☐ Інша адреса: _____

Обраний лікар (ПІБ): _____

Підтверджую свою згоду на надання ТОВ "Медичний центр "Первинка", ТОВ "Медичний центр "Первинка 2" та ТОВ "Медичний центр "Первинка плюс" (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 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 шафах (гардеробі) Центру. Я усвідомлюю, що у випадку порушення встановлених Центром правил перебування, мені може бути відмовлено у прийомі. Я проінформований(а), що наразі у Центрі не можу бути забезпечена/ий безкоштовними памперсами, харчуванням тощо у зв'язку з підходом до організації соціальних програм; я повністю усвідомлюю і приймаю години роботи Центру, в тому числі наявність чергового лікаря в суботу, як прийнятний для мене розпорядок роботи для заключення декларації та взаємодії з Центром; що основним засобом зв'язку з медичним центром та лікарями є номер телефону контакт-центру; що лікарі Центру не приймають телефонні дзвінки протягом годин очного прийому, не зобов'язуються передзвонювати за усіма пропущеними номерами, адже за потреби є можливість дізнатись графік прийому лікаря і замовити дзвінок лікаря в контакт-центрі; що лікарі приймають пацієнтів лише за попереднім записом у визначений час, і у випадку запізнення на більше, ніж половина визначеного часу прийому, мені може бути відмовлено у прийомі у зв'язку з чергою пацієнтів; що у випадку зайнятості прийому, необхідно буде або зачекати доступного часу візиту в інший день, або, за можливості, мені буде запропоновано прийом у іншого лікаря Центру; 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.

Дана згода після її підписання зберігається Центром в електронному форматі (сканована копія з підписом) і діє безстроково до моменту її 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: _____

Для можливості лікаря ознайомитись з інформацією про стан вашого здоров'я просимо надати відповіді на кілька питань: (якщо зазначене питання вас не стосується, поставте **НІ**)

***1) Чи маєте ви інвалідність:** (Так/Ні)

- **Вперше оформлена** (вказіть дату _____)
Термін інвалідності: до (вказіть термін _____)
- **Група інвалідності (підкреслити):** I-A/I-B/II/III/інвалід з дитинства/професійне захворювання/дитина інвалід/дитина-інвалід підгрупи А
- **Діагноз** з приводу якого оформлена інвалідність/професійне захворювання (може бути кілька, вказати, якщо відсоток втрати працездатності - вказати який) _____
- **Примітка:** (чи маєте обмеження) підкреслити
Фізичні недоліки з порушенням опорно-рухового апарату/порушення інтелекту чи психічні захворювання/
порушення функцій слуху (глухі та слабозуючі)/порушення функцій зору (сліпі та слабозрячі)/порушення роботи внутрішніх органів (по загальному захворюванню (цукровий діабет, бронхіальна астма, ХОЗЛ, серцево-судинні захворювання, тощо)/онкопатологія
- **Наявність індивідуальної програми реабілітації:** (Так/Ні)
Якщо відповідь **ТАК** - надайте будь ласка адміністратору у зручний для вас час копію або Програму реабілітації, щоб прикріпити до електронної картки.
- **Чи потребуєте забезпечення:**
 - виробами медичного призначення (підгузки/калоприймачі/сечоприймачі/тощо (вказати які (тип, марку тощо), розмір) _____
 - технічними засобами (слуховий апарат/ протези/тощо (вказати)) _____

***2) Чи потребуєте забезпечення лікарськими засобами (доступні ліки/тощо (вказати назву та дозування):** (Так/Ні)

***3) Чи маєте пільговий статус (позначте до яких категорій відноситесь)**

Внутрішньо переміщена особа (ВПО)		Учасник II світової війни (Раніше ВВВ)	
Особа, що опинилася у складних життєвих обставинах		Учасник війни	
Малозабезпечена особа/родина		Багатодітна родина	
Прийомна родина		Учасник ліквідації аварії на ЧАЕС (категорія)	
Учасник бойових дій		Учасник АТО	
Дитина війни		Прирівняні з пільгами (члени сімей загиблих, тощо)	
Ветеран праці		Почесний донор	
Інше _____		НЕМАЄ	

***4) Чи потребуєте стороннього догляду чи допомоги (підкресліть необхідне)** (Так/Ні)

5) Чи маєте хронічні хвороби? (позначте до яких категорій відноситесь, вкажіть які саме)

Онкопатологія (вказати за можливості чого та коли встановлено діагноз)		Серцево-судинні захворювання гіпертонічна хвороба/ішемічна хвороба серця/інше)	
Інші ендокринні захворювання (вказати які)		Цукровий діабет (1 чи 2 тип)	
Туберкульоз (вказати чого та коли був)		Імунодефіцитний стан	
Бронхіальна астма		Хвороба Паркінсона	
Епілепсія		Інше _____	

***6) Чи маєте алергічні реакції:** (так/ні), якщо так - вказати на що _____

7) Чи є ви вагітними (для жінок): (так/ні), якщо так - очікувана дата пологів _____

8) Чи ви палите: (так/ні), якщо так - вкажіть що саме, в якій кількості та як довго
сигарети (кількість років _____, кількість сигарет в день _____)
інше (вказіть, що саме _____, кількість в день _____)

***9) Вкажіть дані щодо вашого вакцинального статусу:**

- ☐ Вакциновано за віком (вказіть дані щодо вакцинації або надайте копію довідки про вакцинацію)
- ☐ Вакциновано частково (вказіть дані щодо вакцинації або надайте копію довідки про вакцинацію)
- ☐ Категорично відмовляюсь від вакцинації (вказіть від якої вакцинації відмовляєтесь: туберкульоз, кашлюк, дифтерія, правець, поліомієліт, гемофільна інфекція, гепатит, кір, паротит, краснуха)

Яка причина відмови від вакцинації _____