

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я. _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

даю согласие департаменту охраны здоровья населения Кемеровской области на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении с целью организации оказания высокотехнологичной (специализированной) медицинской помощи.

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской - указать нужное)

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 (при наличии) _____

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. Наличие инвалидности: есть нет (нужное подчеркнуть)

12. Сведения о законном представителе <*> _____
(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)

<*> Примечание: Пункты 12 - 15 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

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)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Письменное заявление в департамент;
2. Копия паспорта Российской Федерации;
3. Копия свидетельства о рождении пациента (для детей);
4. Копия паспорта одного из родителей (для детей);
5. Копия полиса обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);
6. Копия свидетельства обязательного пенсионного страхования (при наличии);
7. Заявление о согласии на обработку персональных данных;
8. Подробная выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного, содержащая сведения о состоянии здоровья и проведенном лечении;
9. Решение врачебной комиссии медицинской организации с участием главного (ведущего) специалиста территории, направившего больного о нуждаемости в высокотехнологичной медицинской помощи;
10. Заключение главного (ведущего) специалиста области о нуждаемости в высокотехнологичной медицинской помощи;
11. Талон-направление территории по месту наблюдения и лечения пациента;
12. Талон N 2 на получение специальных талонов на проезд к месту лечения;
13. Направление к месту лечения для получения медицинской помощи;
14. Заключение врачебной комиссии об оказании высокотехнологичной медицинской помощи;
15. Уведомление о дате госпитализации/о необходимости проведения дообследования/об отказе в госпитализации.

Подпись пациента (законного представителя) _____

Дата _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы пациента принял

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)