

Як підписати декларацію з лікарем?



01
Візьміть із собою паспорт, ідентифікаційний код і мобільний телефон



02
У медпункті вам підкажуть, як підписати декларацію та нададуть список лікарів



03
Уповноважений працівник медпункту (медсестра або лікар) введе ваші дані в електронну систему



04
На ваш мобільний надійде СМС з кодом. Повідомте цей код працівнику медпункту



05
З електронної системи роздруковують декларацію з вашими даними. Уважно перевірте, чи все правильно



06
Підпишіть два екземпляри роздрукованої декларації. Один ви забираєте з собою, інший — залишається у закладі



07
Працівник медпункту підтверджує вашу декларацію своїм електронним підписом і відправляє в систему

Тепер ви в електронній системі охорони здоров'я, а значить, НСЗУ гарантовано направить гроші у ваш заклад і вашому лікарю з липня

 **15-45**
безкоштовно з усіх номерів



КАРАЗІНСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КЛАСИКА, ЩО ВИПЕРЕДЖАЄ ЧАС

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№ _____



ДЕКЛАРАЦІЯ № _____

ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

I. Дані пацієнта

1. Прізвище*		4. Стать*	5. Місце народження*	6. Дата народження*
		Ч / Ж / Н		
2. Ім'я*		7. Серія і номер паспорту (запис №) АБО ідентифікатор на родженні*		
3. Повітряні*		8. Реєстраційний номер облікової картки платника податків*		
9. Додатковий документ (серія, номер, дата видачі та термін дії посвідчення водія, закордонного паспорту, іншого посвідчення з фото)				
10. Контактний номер телефону (включно мобільний)*		11. Адреса електронної пошти*		
12. Інформація про законного представника, опікуна чи піклувальника				
12.1 Прізвище		12.2 Ім'я		12.3 По батькові
12.4 Номер та серія паспорту (запис №)		12.5 Дата народження	12.6 Реєстраційний номер облікової картки платника податків	
13. Адреса місця реєстрації*				
13.1 місто*	13.2 вул., просп., шосе, пров., узвіз, площа, б*	13.3 буд.№*	13.4 Названий пункт*	13.5 Область*
14. Адреса для надання допомоги за місцем проживання (якщо бувають) - номер на збірні адреси з місцем реєстрації				
14.1 місто*	14.2 вул., просп., шосе, пров., узвіз, площа, б*	14.3 буд.№*	14.4 Названий пункт	14.5 Область
14.6 Відомості від надання допомоги за місцем проживання (якщо бувають) - підпис				
15. Контактні особи на випадок екстреної ситуації (ім'я, телефон)				

II. Дані лікаря

ПІБ* _____

Адреса електронної пошти* _____

III. Дані виконавця

Назва* _____

Адреса місця реєстрації* _____

Код ЄДР або Реєстраційний номер облікової картки платника податків* _____

Серія, номер та дата видачі ліцензії* _____

Номер телефону адміністратора* _____ Адреса електронної пошти* _____

Своїм підписом я _____ (ПІБ), підтверджую достовірність наданих мною даних, надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних, у тому числі даних, що стосуються здоров'я, а саме: на вчинення будь-яких дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знесобленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для цілей охорони здоров'я, у тому числі надання первинної медичної допомоги.

(дата підписання дд.мм.рррр)

(підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника)

(підпис лікаря)

(ПІБ особи, яка внесла дані до декларації)



КАРАЗІНСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КЛАСИКА, ЩО ВИПЕРЕДЖАЄ ЧАС