ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров’я України
19 березня 2018 року № 503

ДЕКЛАРАЦІЯ № ☐☐☐☐☐☐☐☐
ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ, ЯКИЙ НАДАЄ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

1. ПАЦІЄНТ

1.1. Прізвище

1.2. Ім'я

1.3. По батькові

1.4. Дата народження

☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

1.5. Місце народження

1.6. Стать *(відмітити позначкою «X»)*

☐ чоловіча

☐ жіноча

1.7. Контактні дані

1.7.1. Контактний номер телефону

+ 3 8 ( ) ☐☐☐☐☐☐☐

1.7.2. Адреса електронної пошти *(за наявності)*

1.7.3. Бажаний спосіб зв’язку із пацієнтом *(відмітити позначкою «X»)*

☐ телефон

☐ електронна пошта

1.8. Документ, що посвідчує особу*:

1.8.1. Тип документу *(відмітити позначкою «X»):*

☐ *паспорт громадянина України*

☐ *тимчасове посвідчення громадянина України*

☐ *свідоцтво про народження (для осіб, які не досягли 14-річного віку)*

☐ *посвідка на постійне проживання в Україні*

☐ *посвідчення біженця*

☐ *посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту*

1.8.2. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі документа, термін дії документа (за наявності).

1.8.3. **Реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі – РНОКПП) або серія та номер паспорта** *(для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті)*

** Зазначаються реквізити документів, які використовувалися під час самостійного подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я або пред'являлися уповноваженій особі надавача ПМД.*

1.9. Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі наявності)

1.10. Адреса місця фактичного проживання або перебування *(для надання допомоги за місцем проживання або перебування та листування)*

1.10.1. Збігається з адресою зареєстрованого місця проживання *(відмітити позначкою «**X**»):*

☐

1.10.2. Поштовий індекс

1.10.3. Тип та назва вулиці *(відмітити позначкою «**X**»):*

- ☐ *вулиця*
- ☐ *бульвар*
- ☐ *проспект*
- ☐ *провулок*
- ☐ *площа*
- ☐ *проїзд*
- ☐ *узвіз*
- ☐ *майдан*
- ☐ *інший тип елемента вулично-дорожньої мережі (зазначається разом із назвою)*

1.10.4. Будинок

1.10.5. Квартира

1.10.6. Тип та назва населеного пункту (*відмітити позначкою «**X**»):*

- ☐ *місто*
- ☐ *село*
- ☐ *селище міського типу*

1.10.7. Район *(не заповнюється для міст обласного значення)*

1.10.8. Область *(не заповнюється для міст Києва та Севастополя)*

1.11. Адреса зареєстрованого місця проживання пацієнта *(не заповнюється, якщо збігається з адресою фактичного місця проживання)*

1.11.1. Тип та назва вулиці *(відмітити позначкою «**X**»):*

- ☐ *вулиця*
- ☐ *бульвар*
- ☐ *проспект*
- ☐ *провулок*
- ☐ *площа*
- ☐ *проїзд*
- ☐ *узвіз*
- ☐ *майдан*
- ☐ *інший тип елемента вулично-дорожньої мережі (зазначається разом із назвою)*

1.11.2. Будинок

1.11.3. Квартира

1.11.4. Тип та назва населеного пункту *(відмітити позначкою «**X**»):*

- ☐ *місто*
- ☐ *село*
- ☐ *селище міського типу*

1.11.5. Район (не заповнюється для міст обласного значення)

1.11.6. Область (*не заповнюється для міст Києва та Севастополя)*

1.12. Довірена особа пацієнта для повідомлення у разі настання екстреного випадку з пацієнтом (для осіб віком від 14 до 18 років обов'язково зазначається один з батьків)

1.12.1. Прізвище, ім'я, по батькові
1.12.2. Контактний номер телефону

+	3	8	(				)							

2. ЛІКАР, ЯКИЙ НАДАЄ ПМД

2.1. Прізвище, ім'я, по батькові

2.2. Контактний номер телефону лікаря

+	3	8	(				)							

2.3. Адреса електронної пошти лікаря

2.4. Посада лікаря-спеціаліста *(відмітити позначкою «**X**»):*

☐ Лікар-терапевт *(для пацієнтів від 18 років)*

☐ Лікар-педіатр *(для пацієнтів до 17 років включно)*

☐ Лікар загальної практики - сімейний лікар

3. НАДАВАЧ ПМД

3.1. Повне найменування / П.І.Б.

3.2. Код ЄДРПОУ/РНОКПП або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті)

3.3. Контактний номер телефону

+	3	8	(				)							

3.4. Адреса електронної пошти

3.5. Адреса місця надання медичних послуг ПМД лікарем, який надає ПМД

3.5.1. Тип та назва вулиці *(відмітити позначкою «**X**»):*

☐ *вулиця*

☐ *бульвар*

☐ *проспект*

☐ *провулок*

☐ *площа*

☐ *проїзд*

☐ *узвіз*

☐ *майдан*

☐ *інший тип елемента вулично-дорожньої мережі (зазначається разом із назвою)*

3.5.2. Будинок

3.5.3. Тип та назва населеного пункту (*відмітити позначкою «**X**»):*

☐ *місто*

☐ *село*

☐ *селище міського типу*

3.5.4. Район *(не заповнюється для міст обласного значення)*

3.5.5. Область (*не заповнюється для міст Києва та Севастополя*)

4. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК ПАЦІЄНТА
(не заповнюється у разі подання Декларації пацієнтом - дієздатною особою після досягнення 14-річного віку)

4.1. Прізвище, ім'я, по батькові

4.2. Дата народження

		.			.				

4.3. Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі наявності)

4.4. Тип, серія (за наявності), номер, дата та орган видачі документа, що посвідчує особу законного представника

4.5. Тип документа, що засвідчує повноваження законного представника
*(відмітити позначкою «**X**»):*

☐ *свідоцтво про народження*

☐ *посвідчення*

4.6. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі, термін дії документа (за наявності), що засвідчує повноваження законного представника

4.7. Контактний номер телефону

+	**3**	**8**	**(**				**)**							

4.8. Адреса електронної пошти *(за наявності)*

5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Своїм підписом (позначкою «**X**» *у разі подання через електронний кабінет пацієнта*) я, *(П.І.Б. пацієнта або його законного представника)*

надаю згоду на збір, зберігання, передачу, знеособлення моїх (пацієнта, законним представником якого я є) персональних даних, зазначених в цій Декларації, та інформації, необхідної в цілях охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, для забезпечення піклування чи лікування або надання ПМД, функціонування електронної системи охорони здоров'я, володільцю і розпоряднику – Національній службі здоров'я України, адміністратору центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, надавачу ПМД та лікарю, які зазначені в цій Декларації, за умови, що такі дані обробляються медичними працівниками або іншими уповноваженими особами надавача ПМД та Національної служби здоров'я України, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних, з метою здійснення медичного обслуговування, надання лікарських засобів, функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Підписуючи цю Декларацію, я надаю згоду на доступ до перегляду даних про мене (пацієнта, законним представником якого я є), що містяться в електронній системі охорони здоров'я, лікарю, який надає ПМД, зазначеному в цій Декларації, а також іншим лікарям, які надаватимуть мені (пацієнту, законним представником якого я є) медичну допомогу, в межах, необхідних для надання такої допомоги.

Підпис пацієнта (його законного представника) *(у разі заповнення у паперовій формі)* або позначка «**X**» *(у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я)*

6. Підпис пацієнта (його законного представника) *(у разі заповнення у паперовій формі)* або позначка «**X**» *(у разі подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я))*

Своїм підписом підтверджую добровільний вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що зазначений в розділі 2 цієї Декларації, а також достовірність наданих мною даних.

7. Дата подання

		.			.				

В.о. директора Медичного департаменту **А.О. Гаврилюк**