

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

19 березня 2018 року N 503

(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України

від 04 січня 2023 року N 16)

**Декларація про вибір лікаря,
який надає первинну медичну допомогу**

N _____

1. ПАЦІЄНТ

1.1. Прізвище

1.2. Власне ім'я

1.3. По батькові (за наявності)

1.4. Дата народження

1.5. Місце, країна народження

1.6. Стать

1.7. Контактні дані

1.7.1. Номер телефону (за наявності)

1.7.2. Адреса електронної пошти (за наявності)

1.7.3. Бажаний спосіб зв'язку

1.8. Документ, що посвідчує особу

1.8.1. Тип документа

1.8.2. Серія (за наявності), номер, дата та орган, що видав документ, термін дії документа (за наявності)

1.9. Реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності)

1.10. Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)

1.11. Адреса місця фактичного проживання або перебування

1.12. Довірена особа пацієнта для повідомлення у разі настання екстреного випадку з пацієнтом

1.12.1. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)

1.12.2. Контактний номер телефону

3. НАДАВАЧ ПМД*

3.1. Повне найменування / Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)

3.2. Код ЄДРПОУ / реєстраційний номер облікової картки платника податків**

3.3. Контактний номер телефону

3.4. Адреса електронної пошти

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

4. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК ПАЦІЄНТА

4.1. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)

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

4.3. Тип, серія (за наявності), номер, дата видачі, термін дії (за наявності) документа, що засвідчує повноваження законного представника, орган, що його видав

4.4. Номер телефону

4.5. Адреса електронної пошти (за наявності)

4.6. Бажаний спосіб зв'язку

5. ПІДПИС ПАЦІЄНТА (ЙОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА)

Своїм підписом підтверджую вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, достовірність наданих мною даних, той факт, що мене повідомлено про мої права відповідно до Закону України "Про захист персональних даних", про мету збирання та обробки моїх персональних даних, зазначених у цій Декларації, а також надання згоди на доступ до відомостей про мене (пацієнта), що містяться в електронній системі охорони здоров'я, обраному лікарю, а також іншим лікарям за його направленням у межах, необхідних для надання медичних послуг такими лікарями

(підпис)

6. ДАТА ПОДАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ

2. ЛІКАР, ЯКИЙ НАДАЄ ПМД

2.1. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)

2.2. Контактний номер телефону

2.3. Адреса електронної пошти

2.4. Посада лікаря

* первинна медична допомога;

** серія (за наявності) та номер паспорта (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) фізичної особи - підприємця.

**Директор Департаменту цифрових
трансформацій в охороні здоров'я**

Олена САВІЧЕВА

(форма Декларації у редакції наказів Міністерства
охорони здоров'я України від 29.05.2018 р. N 1023,
від 04.01.2023 р. N 16)