

**АНКЕТА ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ, ЯКИЙ НАДАЄ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ
– ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ОСОБИСТО , ВЕЛИКИМИ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ**

1. ПАЦІЄНТ

1.1. Прізвище

1.2. Ім'я

1.3. По-батькові

1.4. Дата народження

1.5. Місце народження

1.6. Стать

Чоловіча \ Жіноча (підкреслити)

1.7. Контактні дані

1.7.1. Контактний номер телефону

+380 _____

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:

Паспорт \ Свідоцтво про народження (підкреслити)

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

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. Поштовий індекс

1.10.2. Тип та назва вулиці

1.10.3. Будинок

1.10.4. Квартира

1.10.5. Тип та назва населеного пункту

1.10.6. Район (не заповнюється для міст обласного значення)

1.10.7 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

1.11.2. Будинок

1.11.3. Квартира

1.11.4. Тип та назва населеного пункту

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 настанні 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

2. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК ПАЦІЄНТА

(не заповнюється у разі подання Декларації пацієнтом - дієздатною особою після досягнення 14-річного віку)

2.1. Прізвище, ім'я, по-батькові

2.2. Дата народження

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

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

2.5. Тип документа, що посвідчує повноваження законного представника

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

2.7. Контактний номер телефону

2.8. Адреса електронної пошти (за наявності)

5. ЗГОДА НА ЗБІР ТА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Своїм підписом я,

надаю згоду на збір, зберігання, передачу, знеособлення моїх (пацієнта, законним представником якого я є) персональних даних, зазначених в цій Декларації,

6. ПІДПИС ПАЦІЄНТА (ЙОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА)

7. ДАТА ПОДАННЯ
