**В Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Врачебную комиссию Медицинской организации**

**Согласие на обработку персональных данных пациента и**

**(или) его законного представителя**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ФИО пациента (полностью)** |  | |
|  | | |
| **Адрес Регистрации** |  | |
| **Адрес фактического проживания** |  | |
| **Паспортные данные (или свидетельство о рождении ребенка)** | серия: номер: дата выдачи: | |
| **кем выдан:** | | |
| **Контактные телефоны** |  |  |
| **Электронный адрес (при наличии)** |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Социальный статус пациента:** | | **Инвалидность:** | | |
| 1. Дошкольник |  | I группа |  |  |
| 1.1 Ребенок - сирота |  | II группа |  |
| 1.2 Ребенок, оставшийся без попечения родителей |  | III группа |  |
| 2. Школьник |  | Ребенок инвалид |  |
| 2.1 Ребенок - сирота |  | Инвалид с детства |  |
| 2.2 Ребенок, оставшийся без попечения родителей |  | **Обращение за ВМП** | | |
| 3.Студент(аспирант) |  |
| 3.1 Ребенок - сирота |  |
| 3.2 Ребенок, оставшийся без попечения родителей |  |
| 4. Работающий |  |
| 5. Неработающий |  |
| 6. Пенсионер |  | Первичное |  |  |
| 7. Военнослужащий |  | Повторное |  |
| **Прошу направить на лечение в :** | | | | |
|  | | | | |
| **Согласен на обработку и использование персональных данных, содержащихся в заявлении и приложениях к нему, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), а также на обработку и использование персональных данных и получение по**  **мобильному телефону информации, связанной с оказанием ВМП. Согласен на обмен (прием и передачу) персональных данных с медицинской организацией, на базе которой будет проходить оказание ВМП.** | | | | |
| **ФИО пациента (его законного представителя),**  **предоставляющего документы (полностью)** |  | | | |
| **Дата заполнения:** | **Подпись:** | | | |

**РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ (заполняется на приеме)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Документы гражданина(ки)(ФИО):** | | |
|  | | |
| **Дата** |  |  |
| **№ Регистрации** |  |
| **Медицинская организация, где планируется оказание ВМП:** | | |
|  | | |
| **Принял** |  | |

**Талон-направление на оказание ВМП направляется в электронном виде в лист ожидания лечебного учреждения, где будет осуществляться оказание ВМП**

**Тел. отдела ВМП СПб ГБУЗ МИАЦ: 63-555-88**