

В Министерство здравоохранения Краснодарского края

_____ (Фамилия)

_____ (имя)

_____ (отчество)

_____ (Данные о месте жительства и /или месте пребывания)

_____ (Реквизиты документа, удостоверяющего личность и гражданство)

_____ (Номер контактного телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ*

Прошу оказать моему ребенку (Ф.И.О., возраст) _____

высокотехнологичную (специализированную) медицинскую помощь.

Почтовый адрес для направления письменных и уведомлений:

Дата _____

Подпись _____

¹ ОБЯЗАТЕЛЬНО к письменному заявлению пациента (его законного представителя, доверенного лица), должны прилагаться следующие документы:

1) согласие на обработку персональных данных гражданина (пациента);

2) копии следующих документов:

а) паспорт гражданина Российской Федерации;

б) свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);

в) полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);

г) свидетельство обязательного пенсионного страхования пациента (при наличии);

д) выписка из медицинской документации пациента за подписью руководителя медицинской организации по месту лечения и наблюдения пациента;

е) результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающие установленный диагноз.

В случае обращения от имени пациента законного представителя пациента (доверенного лица):

1) в письменном заявлении и согласии на обработку персональных данных дополнительно указываются сведения о законном представителе (доверенном лице).

2) дополнительно к письменному обращению пациента прилагаются:

а) копия паспорта законного представителя пациента (доверенного лица пациента);

б) копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента, или заверенная в установленном законодательством Российской Федерации порядке доверенность на имя доверенного лица пациента.

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку
персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие МИНИСТЕРСТВУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ
на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской
помощи моему ребенку: _____

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и
серия, кем и когда выдан)

4. Адрес по месту жительства _____
(почтовый адрес по месту жительства)

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование страховой медицинской организации,
осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

8. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество)
(почтовый адрес места жительства, фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя _____
(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

Примечание. Пункты с 8 по 11 настоящего заявления заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина
Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении согласен (согласна).

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Зарегистрированы: _____
(дата и номер регистрации и полное название медицинской организации, где получает лечение и
наблюдается гражданин)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление
Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Принял

(Ф.И.О. специалиста медицинской организации,
где наблюдается гражданин)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

