Приложение №4

К приказу №62 от 19.01.2015 г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **В Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга,** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Врачебную Комиссию СПб больницы РАН** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Согласие на обработку персональных данных** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ФИО пациента (полностью)** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Адрес Регистрации** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Адрес фактического проживания** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Паспортные данные** | | | | серия: номер: дата выдачи: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **кем выдан:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Контактные телефоны** | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| **Электронный адрес (при наличии)** | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | | | | | | |
| **Социальный статус пациента:** | | | | | | | | | | | **Инвалидность:** | | | | | | | | | | | | |
| 1.Студент(аспирант) | | | | | | | | |  | | I группа II группа III группа | | | | | | | | | | | | |  |
| 2. Работающий | | | | | | | | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  |  |  |
| 3. Неработающий | | | | | | | | |  | | **Обращение за квотой** | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 4. Пенсионер | | | | | | | | |  | | Первичное | | | | |  | | | | | | | |  |
| 5. 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 выделением квоты.\*\* Согласен на обмен (прием и передачу) персональных данных с МО, на базе которого будет проходить оказание ВМП.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ФИО пациента (лица по доверенности), предоставляющего документы (полностью)** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дата заполнения:** | | | | | | | | | **Подпись:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  | |  | | |  | |  |  |  |  |
|  | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  | |  | | |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ТАЛОН** | | | | |  |  |  | | **(заполняется врачом на приеме)** | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Дата** |  | | | | | | | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  |  |  |
| **№ Регистрации** |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  |  |  |
| **Наименование лечебного учреждения** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Федеральная ОМС | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дополнительную информацию по вопросам получения квот на ВМП и оказанию ВМП,**  **можно получить на официальном сайте СПб больницы РАН: www.spbkbran.ru**  **или по тел.: (812) 553-34-60 (по рабочим дням, кроме праздничных и выходных, с 11.00 до 13.00),**  **а также по телефону справочной службы: (812) 323-45-35**  **По вопросам регистрации документов на оказание ВМП и выдачи квот,**  **звонить по телефону: (812) 292-29-80**  **Регистрация документов происходит в кабинете № 255:**  **часы приема с 13.00 до 16.00, по рабочим дням.**  **194017, Санкт-Петербург,пр. Тореза, д. 72.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |