|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заявка/запрос**  **на оказание медицинской помощи в ГБУЗ СОКОД** | | |
| **ДАННЫЕ О ПАЦИЕНТЕ** | | |
| **ПАЦИЕНТ (Ф.И.О.)** |  | |
| **Дата рождения** |  | |
| **Адрес проживания** |  | |
| **Контакты** |  | |
| **Диагноз:** |  | |
| **Дата обращения** |  | |
| **Цель обращения** |  | |
| **Желаемый срок оказания услуг** |  | |
|  |  |  |
| **Дополнительная информация** |  | |
| **Имеющиеся инструментальные и диагностические исследования** |  | |
| **Доктор, закрепленный за пациентом (англ. язык в случае международного пациента)** |  | |
| **Страховая компания** |  | |
| **Страхование пациента** |  | |
| **Страхование деятельности доктора** |  | |
| **Принимающая сторона, оказывающая услуги по сопровождению пациента** |  | |
| **Требуется ли помощь в получении визы** |  | |
| **Требуется ли помощь в обеспечении трансфера / организации размещения и пребывания** |  | |
| **Особенности размещения** |  | |
| **Особенности питания** |  | |
| **Требуется ли помощь в организации досуга** |  | |
| **Каким языком для коммуникаций владеет пациент** |  | |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью – заполняется собственноручно)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер, серия, срок действия)

уведомлен и владею сведениями о том, что мною передаются по открытому каналу связи сведения, составляющие мои персональные данные, информацию о состоянии моего здоровья, диагнозе, иные сведения, полученные Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Самарским областным клиническим онкологическим диспансером» (далее – ГБУЗ СОКОД) при моем медицинском обследовании и лечении, что является сведениями, составляющими врачебную тайну.

Я осознаю и понимаю, что передаваемая мною информация может быть доступна и раскрыта третьими лицами, при этом ГБУЗ СОКОД не несет ответственность за возможное распространение информации третьими лицами предоставленных, либо передаваемых сведений, составляющих врачебную тайну, персональные данные.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(Ф.И.О. полностью заполняется собственноручно) подпись дата