|  |
| --- |
| **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