|  |  |
| --- | --- |
| Резолюция главного врача:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Главному врачу ООО «Асклепий», ООО ДЦ «ЛД-Асклепий», ООО Томограф-Ас  М.А. Черниковой |
| **От (ФИО пациента):** |  |
| Дата рождения пациента: |  |
| зарегистрированного(ой) по **адресу**: |  |
| **паспорт** серия №, кем выдан | Серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| *ФИО законного представителя*: |  |
| *Документ подтверждающий полномочия представителя:* |  |
| *зарегистрированного(ой) по адресу* |  |
| *паспорт серия №, кем выдан* | *Серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_г.* |
| **период** оказания пациенту медицинской помощи: |  |
| почтовый адрес для направления письменного ответа |  |
| e-mail (если есть) |  |
| номер контактного телефона (если есть) |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу на основании статьи 22 Федерального закона РФ №323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ» выдать мне копии (дубликаты) медицинских документов:

* Копию амбулаторной карты;
* Копию результатов обследования (УЗИ, МРТ, КТ, рентген, ФОГК)
* Иное: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Указанные документы прошу:

* В бумажном виде - направить почтой России на указанный мной адрес;
* В бумажном виде - выдать лично (нарочно), уведомив меня о готовности медицинских документов по телефону;
* Электронно - направить скан образ медицинского документа по адресу электронной почты.\*

\* Для отправки медицинской документов по электронной почте необходимо дополнительно заполнить согласие пациента на направление информации (ниже)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА НАПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ**

Настоящим я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО полностью субъекта персональных данных)

Паспорт

(данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон заявителя:

|  |
| --- |
| **Для заполнения законным представителем[[1]](#footnote-1):**  Настоящим я, ,  (ФИО полностью законного представителя субъекта персональных данных)  Паспорт  (данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)  зарегистрированный (ая) по адресу:  (адрес регистрации)  как законный представитель:  (ФИО, дата рождения, представляемого),  на основании:  (документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного) |

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными подзаконными актами, я даю согласие на направление информации, связанной с оказанием мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг[[2]](#footnote-2), обществу с ограниченной ответственностью «Асклепий» (ООО «Асклепий») (далее - Оператор), расположенному по адресу: 690033, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», Обществу с ограниченной ответственностью Диагностический центр «Лабораторная Диагностика-Асклепий» (ООО ДЦ «ЛД-Асклепий») (далее – Оператор), расположенному по адресу: 690033, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», а также его территориально обособленным подразделениям (Владивостокскому филиалу №1 ООО ДЦ «ЛД-Асклепий», расположенному по адресу: г. Владивосток, ул. Светланская,113; филиалу в г. Уссурийске ООО ДЦ «ЛД-Асклепий», расположенному по адресу: г. Уссурийск, ул. Суханова 46; Уссурийскому филиалу № 2 ООО ДЦ «ЛД-Асклепий», расположенному по адресу: г. Уссурийск, ул. Пролетарская 69), Обществу с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас» (ООО «Томограф-Ас») (далее – Оператор), расположенному по адресу: 690033, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б»,

а именно: результаты лабораторных, диагностических исследований, выписки из амбулаторной медицинской карты пациента, протоколы лечения, справки установленной формы, протоколы ВК и иные документы связанные с фактом обращения за оказанием медицинской помощи, результатами исследований, назначением лечения и установлением диагноза,

**посредством (необходимое указать):**

**🗸 электронной связи:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес электронной почты (e-mail))

Я осведомлен(а) о том, что Оператор не несет ответственности за неправильно указанный мной: контактный номер телефона (факса)/ адрес электронной почты/ почтовый адрес.

Я проинформирован(а), что передаваемая информация будет направляться по открытым (незащищенным) каналам связи в запороленном файле формата Zip7. Инструкция о формировании пароля предоставлена мне на руки и размещена на официальном сайте ООО «Асклепий», ООО ДЦ «ЛД-Асклепий», ООО «Томограф-Ас».

Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес Оператора: 690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», заказным письмом с уведомлением или вручён лично под расписку представителю Оператора.

Текст Согласия мной прочитан, дополнений, замечаний и возражений не имею.

Настоящее согласие подписано « Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» и действует бессрочно, до момента его отзыва.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

**ВНИМАНИЕ!**

**Результаты исследований направляются только при их полной готовности. Результаты исследований и/или иная информация, связанная с оказанными Вам услугами, доставляемая посредством электронной связи, пересылается в формате PDF. Для корректного просмотра передаваемой информации, на Вашем устройстве должно быть установлено программное обеспечение AdobeReader, FoxitReader или аналогичное.**

**Обращаем Ваше внимание, что Оператор не может гарантировать доставку направляемой информации, если имеются независимые от Оператора причины (включенные настройки систем подавления массовых рассылок, недостаточный объем памяти, невозможность приема файлов в PDF-формате и т.п.), а также из-за неразборчивости написания Вами контактных данных.**

**Пароль состоит из номера медицинской карты указанной на бланке направлении.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Пример:** | **12345678** |

**Для ввода пароля сохраняйте свой экземпляр направления, на нем указан номер Вашей медицинской карты.**

1. В случае недееспособности субъекта персональных данных (пациента), в том числе не достигшего совершеннолетия (18 лет), настоящее согласие дают и подписывают его законные представители: родители, усыновители, опекуны или попечители. [↑](#footnote-ref-1)
2. В том числе направление сведений составляющих врачебную тайну. [↑](#footnote-ref-2)