SYNLAB

НАПРАВЛЕНИЕ НА ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТА Ф-002-ОРК

(Пожалуйста, пишите печатными буквами)

☐ ***Пациент (субъект персональных данных)*** ☐ ***Законный представитель Пациента (для детей до 16 лет, недееспособных граждан)***

ФАМИЛИЯ																				
ИМЯ																				
ОТЧЕСТВО																				

ДАТА РОЖДЕНИЯ: *Число:* _____ *Месяц:* _____ *Год:* _____ ***ПОЛ:*** *М* ____ *Ж*___

ПАСПОРТ: *ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР* _____ *(для клиентов страховых компаний)*

ГРАЖДАНСТВО: _____ ***ТЕЛЕФОН*** _____

ОТПРАВИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ПО: *E-MAIL* _____ *ПОЧТ, АДРЕС:*

ИНДЕКС _____ *Г* _____ *УЛ* _____ *ДОМ* _____ *КОРП* _____ *КВ* _____

ПЕРВИЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ: ☐

ПОВТОРНОЕ ОБРАЩЕНИЕ: ☐

УСТАНОВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ☐ ***СРОК БЕРЕМЕННОСТИ (НЕД.):*** ☐ ***ДЕНЬ МЕНСТР. ЦИКЛА:*** ☐

☐ ***ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ЗАБОР БИОМАТЕРИАЛА*** ☐ ***ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ БИОМАТЕРИАЛА И ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ*** ☐ ***ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОЦЕНКУ РЕЗУЛЬТАТОВ ВРАЧОМ***

SYNLAB

НАПРАВЛЕНИЕ НА ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТА Ф-002-ОРК

(Пожалуйста, пишите печатными буквами)

☐ ***Пациент (субъект персональных данных)*** ☐ ***Законный представитель Пациента (для детей до 16 лет, недееспособных граждан)***

ФАМИЛИЯ																				
ИМЯ																				
ОТЧЕСТВО																				

ДАТА РОЖДЕНИЯ: *Число:* _____ *Месяц:* _____ *Год:* _____ ***ПОЛ:*** *М* ____ *Ж*___

ПАСПОРТ: *ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР* _____ *(для клиентов страховых компаний)*

ГРАЖДАНСТВО: _____ ***ТЕЛЕФОН*** _____

ОТПРАВИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ПО: *E-MAIL* _____ *ПОЧТ, АДРЕС:*

ИНДЕКС _____ *Г* _____ *УЛ* _____ *ДОМ* _____ *КОРП* _____ *КВ* _____

ПЕРВИЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ: ☐

ПОВТОРНОЕ ОБРАЩЕНИЕ: ☐

УСТАНОВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ☐ ***СРОК БЕРЕМЕННОСТИ (НЕД.):*** ☐ ***ДЕНЬ МЕНСТР. ЦИКЛА:*** ☐

☐ ***ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ЗАБОР БИОМАТЕРИАЛА*** ☐ ***ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ БИОМАТЕРИАЛА И ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ*** ☐ ***ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОЦЕНКУ РЕЗУЛЬТАТОВ ВРАЧОМ***

Согласие пациента (законных представителей) на обработку персональных данных пациента и информации, составляющей врачебную тайну

Я, _____,

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения)

□ ДАЮ СОГЛАСИЕ на внесение и обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании (оформлении) электронной медицинской карты пациента, лабораторной информационной системы, медицинской информационной системы в здравоохранении

ДЛЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ (заполняется в случае дачи согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» – законным представителем)
в отношении: _____

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента, дата рождения)

□ НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ на внесение и обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании (оформлении) электронной медицинской карты пациента, лабораторной информационной системы, медицинской информационной системы в здравоохранении

ДЛЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ (заполняется в случае дачи согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» – законным представителем)
в отношении: _____

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента, дата рождения)

□ ДАЮ СОГЛАСИЕ на отправку результатов лабораторного исследования по электронной почте, указанной в анкете для пациентов

□НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ на отправку результатов лабораторного исследования по электронной почте, указанной в анкете для пациентов

Срок хранения данных, на которое дается согласие: 10 лет со дня последнего обращения

_____ _____ _____

Дата Подпись ФИО

Ознакомиться с Положением о политике в отношении обработки персональных данных Вы можете пройдя по QR коду:
Юридический адрес ООО «Синлаб-ЕМЛ»: г. Минск, ул. Академическая, 26

Согласие пациента (законных представителей) на обработку персональных данных пациента и информации, составляющей врачебную тайну

Я, _____,

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения)

□ ДАЮ СОГЛАСИЕ на внесение и обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании (оформлении) электронной медицинской карты пациента, лабораторной информационной системы, медицинской информационной системы в здравоохранении

ДЛЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ (заполняется в случае дачи согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» – законным представителем)
в отношении: _____

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента, дата рождения)

□ НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ на внесение и обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании (оформлении) электронной медицинской карты пациента, лабораторной информационной системы, медицинской информационной системы в здравоохранении

ДЛЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ (заполняется в случае дачи согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» – законным представителем)
в отношении: _____

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента, дата рождения)

□ ДАЮ СОГЛАСИЕ на отправку результатов лабораторного исследования по электронной почте, указанной в анкете для пациентов

□НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ на отправку результатов лабораторного исследования по электронной почте, указанной в анкете для пациентов

Срок хранения данных, на которое дается согласие: 10 лет со дня последнего обращения

_____ _____ _____

Дата Подпись ФИО

Ознакомиться с Положением о политике в отношении обработки персональных данных Вы можете пройдя по QR коду:
Юридический адрес ООО «Синлаб-ЕМЛ»: г. Минск, ул. Академическая, 26