

Додаток 1
до Порядку ведення обліку людей,
які живуть з ВІЛ, та здійснення
медичного нагляду за ними
(пункт 18)

Керівнику _____

(найменування закладу охорони здоров'я, де
заповнюється форма (для юридичних осіб) або
прізвище, ім'я та по батькові (за наявності)
(для фізичних осіб - підприємців), що
надсилає копії медичної документації)

ЗАПИТ

**щодо направлення медичної документації пацієнта для ведення його обліку та
здійснення медичного нагляду за ним**

**(найменування закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності та
підпорядкування або фізичної особи-підприємця, які одержали ліцензію на
провадження господарської діяльності з медичної практики (далі – ЗОЗ),
який надає запит)**

Просимо направити копії медичної документації пацієнта _____

(прізвище, ім'я та по батькові (за наявності))

за формами первинної облікової документації № 502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи № ____», № 502-2/о «Повідомлення про зміни в Реєстраційній карті ВІЛ-інфікованої особи № ____», затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 березня 2013 року № 180, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 27 березня 2013 року за № 495/23027 (далі – форми № 502-1/о, № 502-2/о), та № 030-5/о «Контрольна карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою», затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 березня 2012 року № 182, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 18 травня 2012 року за № 794/21107 (далі – форма № 030-5/о), для подальшого ведення його обліку та здійснення медичного нагляду за ним.

Пацієнт надав згоду на направлення копії медичної документації.

Згода пацієнта

**щодо направлення копій медичної документації до ЗОЗ, який надалі буде вести
облік пацієнта та здійснюватиме медичний нагляд за ним**

Я,

(прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта)

у зв'язку із зміною мого місця проживання (перебування) в межах України (перебування в ЗОЗ Державної кримінально-виконавчої служби України) даю згоду на направлення копій медичної документації за формами № 502-1/о, № 502-2/о та № 030-5/о до ЗОЗ, що надалі буде вести облік та здійснюватиме медичний нагляд за мною.

Мені гарантовано дотриманням умов щодо конфіденційності моїх персональних даних, зокрема про стан здоров'я, поваги до особистих прав і свобод людини, передбачених чинним законодавством та міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

(підпис пацієнта, дата підписання згоди)

Керівник ЗОЗ _____
 М.П. _____ (підпис) _____ (дата)

Лікар ЗОЗ _____
 _____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я та по батькові (за наявності))
 (дата)
