

Анкета

| | | |
|---|-----------|------------|
| ФИО: _____ | | |
| Дата рождения пациента: _____ | | |
| Паспорт: серия и №, когда и кем выдан, код подразделения: _____ | | |
| Фактический адрес места жительства: _____ | | |
| Телефон: _____ | | |
| E-mail: _____ | | |
| Температура тела на дату взятия биоматериала: _____ | | |
| | ДА | НЕТ |
| Страдаете ли вы хроническими заболеваниями бронхо-лёгочной, сердечно-сосудистой и эндокринной системы? Если «ДА», то каким? _____ | | |
| Посещали ли Вы в ближайшие 14 дней эпидемиологически неблагополучные с точки зрения распространения коронавируса COVID-2019 страны и регионы? | | |
| Посещали ли Вы в ближайшие 14 дней другие регионы РФ? Если «ДА», то когда? _____ | | |
| Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, прибывшими из эпидемиологически неблагополучных с точки зрения распространения коронавируса COVID-2019 стран и регионов? | | |
| Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, находящимися на лечении и / или под наблюдением по инфекции, вызванной различными вирусами, в том числе коронавирусом COVID-2019? | | |
| Отмечаете ли Вы у себя наличие признаков острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), внебольничной пневмонии, таких как: | | |
| • Повышенная температура тела (выше 37,1 С) | | |
| • Кашель | | |
| • Насморк | | |
| • Затруднённое дыхание / боли в груди | | |
| Укажите лечебное учреждение по месту жительства: _____ | | |
| Принимаете ли Вы в настоящий момент противовирусные препараты? | | |
| Подтверждаете ли Вы, что в течение 2-х часов, предшествующих взятию биоматериала, отсутствовали приёмы пищи (вкл. жевательную резинку) и горячего питья? | | |
| Укажите место работы _____ | | |

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство; лечебно-диагностическую процедуру по взятию биоматериала и проведению лабораторного исследования. Мне разъяснена суть и необходимость данной процедуры (манипуляции). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Согласие пациента на обработку персональных данных. В соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ № 152 от 27.07.06 г. «О персональных данных» подтверждаю своё согласие на бессрочную обработку в ООО МК «Наука» (далее Оператор) моих персональных данных (фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес, телефон, паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, данные результатов лабораторных исследований) в случаях обнаружения и, или подозрения на обнаружение социально-значимых болезней (Covid-19) в целях выявления, диагностики, лечения и последующего наблюдения, а также проведения профилактических мероприятий по предупреждению данных заболеваний специализированными учреждениями. Оператор имеет право на обмен моими персональными данными со следующими организациями: страховыми медицинскими организациями, Территориальным фондом ОМС, Роспотребнадзор, ООО «Информационно-медицинский центр», областной медицинский информационно-аналитический центр, правоохранительные органы, областной кожно-венерологический диспансер, ЛПУ по месту прописки, организацией, заказавшей мои медицинские услуги. Подтверждаю свое согласие на использование моих персональных данных для рассылок Исполнителя информационного и рекламного характера.

ФИО пациента: _____ **V** _____ **подпись**
« _____ » _____ 20 ____ г.