

Директору ФГБУ
«Детский медицинский центр»
Шурыгиной С.В.

от _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____, _____
_____ фамилия, имя, отчество полностью
« ____ » _____ года рождения,

являясь законным представителем пациента:

(ФИО) _____ « ____ » _____ года рождения,

№ мед. карты _____

прошу внести данные в Федеральный регистр лиц, больных COVID-19 Единой Государственной Информационной Системы Здравоохранения (ЕГИСЗ) в связи с перенесенной им новой коронавирусной инфекцией (<http://covid.egisz.rosminzdrav.ru>).

Даю своё согласие на внесение, обработку и передачу следующих персональных данных:

Наименование поля	Описание	Вид, способ ввода
Общие сведения		
СНИЛС	Номер СНИЛС пациента	
Фамилия	Фамилия пациента	
Имя	Имя пациента	
Отчество	Отчество пациента	
Пол	Пол пациента	
Дата рождения	Дата рождения пациента	
Гражданство	Гражданство пациента	
Документы		
Тип документа	Тип документа	
Серия	Серия документа	
Номер	Номер документа	
Кем выдан	Наименование органа, выдавшего документ	
Дата выдачи	Дата выдачи документа	
Код подразделения	Код подразделения, выдавшего документ	
Медицинское страхование		
Тип полиса	Тип полиса	
Серия	Серия полиса	
Номер	Номер полиса	
Страховая организация	Страховая компания пациента	
Контакты		
Отсутствуют сведения о мобильном телефоне	Признак отсутствия сведений о мобильном телефоне пациента	
Телефон	Тип номера (мобильный/домашний)	
Номер	Номер телефона	
Адреса		
Тип адреса	Тип адреса (регистрации/проживания)	
Регион	Субъект РФ, в котором проживает/зарегистрирован пациент	
Населенный пункт	Населенный пункт, в котором проживает/зарегистрирован пациент	
Улица	Улица, на которой проживает/зарегистрирован пациент	
Дом	Дом, в котором проживает/зарегистрирован пациент	
Квартира	Квартира, в которой проживает/зарегистрирован пациент	

_____ (дата)

_____ (подпись, расшифровка подписи)