**Анкета-опросник для пациента**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Представитель (ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лицо, для которого проводится тест (ФИО):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пол: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС (получателя услуги):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Вопросы** |
| **Блок 1.** |
| Рост в см. |  |
| Вес в кг. |  |
| Цвет волос: |  |
| Полный адрес и удобное время (для курьера)  |  |
| Уровень физической активности |  |
| **Блок 2 (заполняется, если получателю услуги более 18 лет)** |
| **Вопросы** | **Да** | **Нет** |
| Есть ли у Вас дети? |  |  |
| Вы сейчас кормите грудью? |  |  |
| Вы беременны? |  |  |
| Планируете ли вы когда-либо беременность? |  |  |

 **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 развиться 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.** Всоответствии с требованиями статьи 9 ФЗ № 152 от 27.07.06 г. «О персональных данных» подтверждаю своё согласие на бессрочную обработку в ООО «ЕВРАЗИЯ АССИСТАНС» (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.