

Додаток 2
до Порядку ведення обліку людей,
які живуть з ВІЛ, та здійснення
медичного нагляду за ними
(пункт 18)

Керівнику _____

(найменування закладу охорони
здоров'я, 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 (далі – ЗОЗ) або центру (відділення) з профілактики та боротьби зі СНІДом
(далі – Центр (відділення) СНІДу), який надає запит)

Просимо направити копії медичної документації пацієнта _____

(прізвище, ім'я та по батькові)

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 або Центру (відділення) СНІДу, який
надалі буде вести облік пацієнта та здійснюватиме медичний нагляд за ним**

Я, _____,

(прізвище, ім'я та по батькові пацієнта)

у зв'язку із зміною мого місця проживання (перебування) в межах України (перебування в ЗОЗ Державної пенітенціарної служби України) даю згоду на направлення копій медичної документації за формами № 502-1/о, № 502-2/о та № 030-5/о до ЗОЗ або Центру (відділення) СНІДу, 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 (Центру (відділення) СНІДу) _____

М.П.

(підпис)

(дата)

Лікар-інфекціоніст _____

(підпис)

(прізвище, ім'я та по батькові)

(дата)