

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ

№ _____

**Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України**

**Про затвердження форми декларації про вибір лікаря з надання первинної медичної
допомоги та інструкції щодо її заповнення**

Відповідно до пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого Указом Президента України від 13 квітня 2011 року № 467, з метою реалізації положень Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, що була схвалена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р, та права людини щодо вільного вибору лікаря,

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити такі, що додаються:
 - 1) Форму «Декларації про вибір лікаря первинної медичної допомоги»;
 - 2) Інструкцію про заповнення «Декларації про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги».
2. Забезпечити застосування Декларації про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги та інструкції щодо її заповнення, затверджених пунктом 1 цього наказу, починаючи з _____, впровадити їх використання суб'єктами надання первинної медичної допомоги незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування.
3. Державному закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» (_____) забезпечити територіальні інформаційно-аналітичні центри медичної статистики зразками Декларації про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги та інструкціями щодо її заповнення, зазначеними у пункті 1 цього наказу.
4. Департаменту медичної допомоги (_____) забезпечити в установленому порядку подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.
5. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, керівникам інших центральних органів виконавчої влади, у сфері управління яких перебувають заклади охорони здоров'я, забезпечити впровадження та використання зазначеної форми Декларації та інструкції щодо її заповнення.
6. Контроль за виконанням цього наказу покласти на першого заступника Міністра _____.
7. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

В.о. Міністра

У. Супрун



ДЕКЛАРАЦІЯ № _____

ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

I. Дані пацієнта											
1. Прізвище*				4. Стать*		5. Місце народження*				6. Дата народження*	
				Ч / Ж / Н							
2. Ім'я*				7. Серія і номер паспорту (запис №) АБО свідоцтва про народження*							
3. По батькові*						8. Реєстраційний номер облікової картки платника податків*					
9. Додатковий документ (серія, номер, дата видачі або термін дії посвідчення водія, закордонного паспорту, іншого посвідчення з фото)											
10. Контактний номер телефону (бажано мобільний)*						11. Адреса електронної пошти					
+											
12. Інформація про законного представника, опікуна чи піклувальника											
12.1 Прізвище			12.2 Ім'я			12.3 По батькові					
12.4 Номер та серія паспорту (запис №)				12.5 Дата народження		12.6 Реєстраційний номер облікової картки платника податків					
13. Адреса місця реєстрації*											
13.1 Індекс*		13.2 Вул., просп., алея, пров., узвіз, площа, б-к			13.3 Буд./кв.*		13.4 Населений пункт*			13.5 Область*	
14. Адреса для надання допомоги за місцем проживання (перебування) - якщо не збігається з місцем реєстрації											
14.1 Індекс*		14.2 Вул., просп., алея, пров., узвіз, площа, б-к			14.3 Буд./кв.		14.4 Населений пункт			14.5 Область	
14.6 Відмовляюсь від надання допомоги за місцем проживання (перебування) - підпис											
15. Контакти особи на випадок екстреної ситуації (ім'я, телефон)											

* поля, що позначені «*», обов'язкові для заповнення

II. Дані лікаря

ПІБ*

Адреса місця надання послуг*

III. Дані виконавця

Назва*.....

Адреса місця реєстрації*.....

Код ЄДР або Реєстраційний номер облікової картки платника податків*.....

Серія, номер та дата видачі ліцензії*.....

Номер телефону адміністратора*.....Адреса електронної пошти*.....

Своїм підписом я, _____ (ПІБ), підтверджую достовірність наданих мною даних, надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних, у тому числі даних, що стосуються здоров'я, а саме: на вчинення будь-яких дій, пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням будь-яких відомостей про мене для цілей охорони здоров'я, у тому числі надання первинної медичної допомоги.

.....
...

(дата підписання дд.мм.рррр)

(підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника)

.....

(підпис лікаря)

..... (ПІБ особи, яка внесла дані до декларації)

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення Декларації про вибір лікаря первинної медичної допомоги

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення Декларації про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги (далі – Декларації).
2. Декларація є підтвердженням наміру пацієнта скористатися своїми правами за договором про закупівлю послуг первинної медичної допомоги, що укладений між головним розпорядником бюджетних коштів та відповідним суб'єктом надання первинної медичної допомоги.
3. Декларація підтверджує вибір пацієнтом лікаря з надання первинної медичної допомоги.
4. Декларація набирає чинності з моменту підписання її пацієнтом, законним представником, опікуном чи піклувальником та лікарем з надання первинної медичної допомоги.
5. Декларація формується для кожного пацієнта. У разі зміни пацієнтом лікаря з надання первинної медичної допомоги для пацієнта формується нова Декларація. З моменту підписання пацієнтом нової Декларації попередня втрачає чинність.
6. Декларація формується та заповнюється лікарем з надання первинної медичної допомоги або іншою особою, уповноваженою на це суб'єктом надання первинної медичної допомоги.
7. Декларація заповнюється машинописом або друкованими літерами від руки чорнилами.
8. Декларація заповнюється українською мовою, за винятком пунктів, що стосуються адрес електронної пошти.
9. Декларація заповнюється у двох примірниках: для пацієнта та суб'єкта надання первинної медичної допомоги.
10. Суб'єкт надання первинної медичної допомоги зобов'язаний зберігати Декларації протягом 5 років з дати набрання чинності.
11. Усі пункти декларації, що позначені символом «*», – обов'язкові для заповнення.
12. У розділі I. Дані пацієнта у **пунктах 1-3:** зазначаються прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) згідно з даними чинного паспорту або свідоцтва про народження пацієнта.
13. У розділі I. Дані пацієнта у **пунктах 4-6:** зазначаються
стать – підкреслити або обвести Ч для чоловічої, Ж – для жіночої, Н – якщо пацієнт не вказав свою стать;
місце народження – зазначається назва країни, області, району та населеного пункту;
дата народження – зазначається числами у послідовності: день, місяць, рік народження. Для позначення року народження використовується чотирьохзначна числова послідовність.
14. У розділі I. Дані пацієнта у **пункті 7:** зазначаються серія та номер паспорту для паспорту в формі книжечки або номер запису для паспорту у формі картки. Для осіб, що не досягли 14 років, – серія та номер свідоцтва про народження.
15. У розділі I. Дані пацієнта у **пункті 8:** зазначається реєстраційний номер облікової картки платника податків. Цей пункт не заповнюється в Декларації пацієнта, який через свої релігійні або інші переконання відмовився від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта.
16. У розділі I. Дані пацієнта у **пункті 9:** зазначаються, за бажанням пацієнта, дані додаткових документів, які містять образ обличчя пацієнта, та за допомогою яких він бажає ідентифікуватися під

час подальшого відвідування лікаря з надання первинної медичної допомоги. Документ дозволяє ідентифікувати лише в тому випадку, якщо вказано тип документу згідно з його офіційною назвою, номер або серію та номер документу, дату його видачі або строк дії. До таких документів зокрема відносяться: посвідчення водія, закордонний паспорт, посвідка на тимчасове проживання, посвідка біженця та інші документи згідно з чинним законодавством.

17. У розділі I. Дані пацієнта у **пункті 10:** зазначається номер телефону. Рекомендовано зазначати номер мобільного телефону.
18. У розділі I. Дані пацієнта у **пункті 11:** зазначається адреса електронної пошти пацієнта, за наявності.
19. У розділі I. Дані пацієнта у **пункті 12** (підпункти 12.1–12.6): зазначаються дані особи, яка є законним представником, опікуном чи піклувальником пацієнта. У підпунктах 12.1–12.3 зазначаються прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) згідно з даними чинного паспорту законного представника, опікуна чи піклувальника пацієнта. У підпункті 12.4 зазначаються дані паспорту законного представника, опікуна чи піклувальника (серія та номер паспорту для паспорту у формі книжечки або номер запису – для паспорту у формі картки). У підпункті 12.5 зазначається дата народження (числами у послідовності: день, місяць, рік народження) законного представника, опікуна чи піклувальника пацієнта. У підпункті 12.6 зазначається Реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) законного представника, опікуна чи піклувальника пацієнта.
20. У розділі I. Дані пацієнта у **пункті 13** (підпункти 13.1–13.5): зазначається адреса зареєстрованого місця проживання пацієнта:
 - у підпункті 13.1 зазначається поштовий індекс;
 - у підпункті 13.2 зазначається назва вулиці, провулка, площі, бульвару, проспекту, проїзду, узвозу тощо;
 - у підпункті 13.3 зазначається номер будинку та квартири (за наявності);
 - у підпункті 13.4 зазначається назва населеного пункту;
 - у підпункті 13.5 зазначається назва області (Автономна Республіка Крим, місто Київ, місто Севастополь).
21. У розділі I. Дані пацієнта у **пункті 14** (підпункти 14.1–14.5): зазначається адреса для надання допомоги за фактичним місцем проживання (перебування), якщо воно не збігається із зареєстрованим місцем проживання пацієнта. Підпункти 14.1–14.5 заповнюються аналогічно до підпунктів 13.1–13.5.
22. Якщо пацієнт відмовляється від надання первинної медичної допомоги за місцем проживання (перебування), він має поставити свій підпис навпроти пункту 14.6.
23. У розділі I. Дані пацієнта у **пункті 15:** зазначаються: прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) та контактний номер телефону особи, якій необхідно телефонувати на випадок екстреної ситуації з пацієнтом.
24. У розділі I. Дані пацієнта у **пункті 16:** зазначається слово-пароль для ідентифікації пацієнта по телефону (наприклад, дівоче прізвище матері).
25. У розділі II. **Дані лікаря:** зазначаються прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) згідно з даними чинного паспорту обраного лікаря, адреса місця надання первинної медичної допомоги, номер телефону та адреса електронної пошти (за наявності) для запису на прийом.
26. У розділі III. **Дані виконавця:** зазначаються найменування суб'єкта надання первинної медичної допомоги (повне найменування юридичної особи або прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) фізичної особи-підприємця), зареєстроване місцезнаходження юридичної особи або зареєстроване місце проживання фізичної особи-підприємця, ідентифікаційний код юридичної особи (код ЄДР) або реєстраційний номер облікової картки платника податків фізичної особи-підприємця, серія, номер та дата видачі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, номер телефону суб'єкта надання первинної медичної допомоги.