Документ предоставлен [КонсультантПлюс](https://www.consultant.ru)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

ПРИКАЗ

от 31 декабря 2013 г. N 12/644

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗАЯВОК И ПОЛУЧЕНИЮ

ПУТЕВОК В САНАТОРНО-КУРОРТНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ

В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДЛЯ ГРАЖДАН, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ

РАДИАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ КАТАСТРОФЫ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС,

ВСЛЕДСТВИЕ АВАРИИ В 1957 ГОДУ НА ПРОИЗВОДСТВЕННОМ

ОБЪЕДИНЕНИИ "МАЯК" И ВСЛЕДСТВИЕ СБРОСОВ РАДИОАКТИВНЫХ

ОТХОДОВ В РЕКУ ТЕЧА, ЯДЕРНЫХ ИСПЫТАНИЙ

НА СЕМИПАЛАТИНСКОМ ПОЛИГОНЕ, И ИХ ДЕТЕЙ

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее - Минздравсоцразвития России) от 27 марта 2009 г. N 138н "О порядке организации работы по распределению путевок и направлению больных из учреждений, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, на лечение в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России" и информационным письмом Минздравсоцразвития от 6 октября 2009 г. N 14-5/10/2-7814 "О направлении взрослых и детей на санаторно-курортное лечение в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России", с целью упорядочения работы по формированию заявок и получению путевок на санаторно-курортное лечение приказываю:

1. Утвердить [порядок](#P39) организации работы по формированию заявок и получению путевок в санаторно-курортные учреждения (далее - СКУ), подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации (далее - Минздраву России), для граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении "Маяк" и вследствие сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне (далее - гражданам), и их детей согласно приложению N 1.

2. Директору государственного казенного учреждения Республики Коми "Центр обеспечения деятельности Министерства здравоохранения Республики Коми" обеспечить:

2.1. Соблюдение [порядка](#P39) организации работы по формированию заявок и получению путевок в СКУ, подведомственные Минздраву России, для граждан и их детей.

2.2. Направление в отдел организации медицинской помощи матерям, детям и санаторно-курортного лечения Министерства здравоохранения Республики Коми заявок на путевки в СКУ, подведомственные Минздраву России, в срок с 1 июля текущего года на следующий календарный год для граждан согласно [приложению N 2](#P198) и их детей согласно [приложению N 3](#P258) с заявлением граждан о согласии на обработку персональных данных согласно [приложению N 4](#P322) и на их детей согласно [приложению N 5](#P373).

2.3. Представление в отдел организации медицинской помощи матерям, детям и санаторно-курортного лечения Министерства здравоохранения Республики Коми ежеквартально отчетов по санаторно-курортному лечению граждан, направленных в СКУ, подведомственные Минздраву России, до 5 числа, следующего за отчетным периодом, с нарастанием согласно [приложению N 6](#P432) и годового отчета до 1 февраля, следующего за отчетным периодом, согласно [приложению N 7](#P543).

3. Считать приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 14 мая 2009 г. N 5/135 "Об организации работы по формированию заявок на путевки в санаторно-курортные учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении "Маяк" и вследствие сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне" утратившим силу.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Е.Г.Котову.

Министр

Я.БОРДЮГ

Утвержден

Приказом

Министерства здравоохранения

Республики Коми

от 31 декабря 2013 г. N 12/644

(приложение N 1)

ПОРЯДОК

ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗАЯВОК И ПОЛУЧЕНИЮ

ПУТЕВОК В САНАТОРНО-КУРОРТНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫЕ

МИНИСТЕРСТВУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,

ДЛЯ ГРАЖДАН, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ

КАТАСТРОФЫ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, ВСЛЕДСТВИЕ АВАРИИ

В 1957 ГОДУ НА ПРОИЗВОДСТВЕННОМ ОБЪЕДИНЕНИИ "МАЯК"

И ВСЛЕДСТВИЕ СБРОСОВ РАДИОАКТИВНЫХ ОТХОДОВ В РЕКУ ТЕЧА,

ЯДЕРНЫХ ИСПЫТАНИЙ НА СЕМИПАЛАТИНСКОМ ПОЛИГОНЕ, И ИХ ДЕТЕЙ

1. Настоящий порядок определяет организацию работы по формированию заявок и получению путевок в санаторно-курортные учреждения (далее - СКУ), подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации (далее - Минздраву России), для граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении "Маяк" и вследствие сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне (далее - гражданам), и их детей.

2. Медицинский отбор граждан на лечение в СКУ, находящихся в ведении Минздрава России, осуществляется в соответствии с Порядком медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. N 256 "О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение".

3. При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для лечения гражданина и его ребенка в СКУ лечащий врач или врач-специалист, по профилю которого направляется гражданин больной на санаторно-курортное лечение, представляет медицинские документы для рассмотрения на врачебной комиссии государственного учреждения здравоохранения Республики Коми, которая принимает решение о необходимости направления гражданина и его ребенка на лечение в СКУ, формирует заявку на путевку и направляет ее в государственное казенное учреждение Республики Коми "Центр обеспечения деятельности Министерства здравоохранения Республики Коми" (далее - ГКУ "ЦОД МЗ РК") через межтерриториальные отделы ГКУ "ЦОД МЗ РК" (далее - межтерриториальные отделы), которая в дальнейшем направляется в Министерство здравоохранения Республики Коми.

4. Для формирования заявок в программе "Подсистема мониторинга санаторно-курортного лечения" на путевки в СКУ, подведомственные Минздраву России, для граждан и их детей в Министерство здравоохранения Республики Коми на каждого гражданина и его ребенка предоставляется следующий пакет документов:

4.1. Заявка на санаторно-курортную путевку в СКУ на гражданина согласно [приложению N 2](#P198) и его ребенка согласно [приложению N 3](#P258).

4.2. Заявление о согласии на обработку персональных данных гражданина согласно [приложению N 4](#P322) и его ребенка согласно [приложению N 5](#P373).

4.3. Копия удостоверения, подтверждающего право на социальную льготу.

5. При отсутствии заполненных пунктов заявка на санаторно-курортную путевку в программе "Подсистема мониторинга санаторно-курортного лечения" не может быть оформлена. Возможность предоставления санаторно-курортного лечения гражданам и их детям определяется профилем заболевания, являющимся показанием для направления на санаторно-курортное лечение, а также мощностью санатория.

6. После получения путевки лечащий врач обеспечивает оформление санаторно-курортной карты, форма которой утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. N 256 "О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение", и выписки из медицинской карты гражданина и его ребенка с подробным описанием проведенного лечения и рекомендациями по дальнейшему лечению.

7. По возвращении из СКУ гражданин и его ребенок/законный представитель предъявляет в государственное учреждение здравоохранения Республики Коми, направившее его на санаторно-курортное лечение, "отрывной талон к санаторно-курортной путевке", который возвращается в Министерство здравоохранения Республики Коми через межтерриториальные отделы.

8. Гражданин и его ребенок или законный представитель, отказавшийся от поступившей на его имя путевки на санаторно-курортное лечение, оформляет письменный отказ. Информация об отказе от путевки передается государственным учреждением здравоохранения по телефону 8(8212)284-027 не позднее 14 дней до даты заезда в СКУ, а путевка через межтерриториальный отдел возвращается ГКУ "ЦОД МЗ РК" в Министерство здравоохранения Республики Коми с письменным отказом.

9. Межтерриториальные отделы ГКУ "ЦОД МЗ РК" ведут учет направленных в Министерство здравоохранения Республики Коми заявок и поступивших из Министерства здравоохранения Республики Коми путевок в "[Журнале](#P87) учета заявок от государственных учреждений здравоохранения Республики Коми на санаторно-курортное лечение граждан и их детей и полученных путевок за 20\_\_ год" согласно приложению 1.

10. Государственные учреждения здравоохранения Республики Коми ведут учет направленных через межтерриториальные отделы в ГКУ "ЦОД МЗ РК" и поступивших из ГКУ "ЦОД МЗ РК" через межтерриториальные отделы путевок в "[Журнале](#P148) учета заявок и полученных путевок на санаторно-курортное лечение граждан и их детей государственного учреждения Республики Коми за 20\_\_ год", направившего на санаторно-курортное лечение согласно приложению 2.

Приложение 1

к Порядку

организации работы

по формированию заявок

и получению путевок

в санаторно-курортные учреждения,

подведомственные

Министерству здравоохранения

Российской Федерации,

для граждан, подвергшихся

воздействию радиации вследствие

катастрофы на Чернобыльской АЭС,

вследствие аварии в 1957 году

на производственном объединении "Маяк"

и вследствие сбросов

радиоактивных отходов в реку Теча,

ядерных испытаний

на Семипалатинском полигоне,

и их детей

 Журнал

 учета заявок от государственных учреждений здравоохранения

 Республики Коми на санаторно-курортное лечение

 граждан и их детей и полученных путевок

 за 20\_\_ год [<\*>](#P118)

 Наименование межтерриториального отдела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п/п | Ф.И.О., дата рождения | Адрес места жительства | Диагноз при направлении (по МКБ-10) | Дата направления заявки в МЗ РК | Результат рассмотрения заявки | Наименование СКУ, дата заезда | Номер путевки | Дата выдачи путевки в ГУЗ, подпись |
| Дата отклонения заявки (причина) | Дата получения путевки |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 --------------------------------

 <\*> Журнал нумеруется, прошнуровывается, скрепляется печатью

межтерриториального отдела и заверяется подписью руководителя.

 Руководитель межтерриториального отдела \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение 2

к Порядку

организации работы

по формированию заявок

и получению путевок

в санаторно-курортные учреждения,

подведомственные

Министерству здравоохранения

Российской Федерации,

для граждан, подвергшихся

воздействию радиации вследствие

катастрофы на Чернобыльской АЭС,

вследствие аварии в 1957 году

на производственном объединении "Маяк"

и вследствие сбросов

радиоактивных отходов в реку Теча,

ядерных испытаний

на Семипалатинском полигоне,

и их детей

 Журнал

 учета заявок и полученных путевок на санаторно-курортное

 лечение граждан и их детей государственного

 учреждения здравоохранения Республики Коми

 за 20\_\_ год [<\*>](#P180)

 Наименование государственного учреждения здравоохранения Республики

Коми \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Ф.И.О., дата рождения | Адрес места жительства | Диагноз при направлении (по МКБ-10) | Дата направления заявки | Результат рассмотрения заявки | Наименование СКУ, дата заезда | Номер путевки | Дата выдачи путевки, подпись гражданина |
| Дата отклонения заявки (причина) | Дата получения путевки |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 --------------------------------

 <\*> Журнал нумеруется, прошнуровывается, скрепляется печатью

государственного учреждения здравоохранения Республики Коми и заверяется

подписью руководителя.

 Руководитель государственного учреждения здравоохранения Республики

Коми \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение N 2

к Приказу

Министерства здравоохранения

Республики Коми

от 31 декабря 2013 г. N 12/644

 Заявка

 на санаторно-курортную путевку

 в санаторно-курортное учреждение [<\*>](#P242)

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

 название государственного учреждения здравоохранения Республики Коми,

 оформившего заявку

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

 последнее санаторно-курортное лечение (название санатория, дата)

|  |
| --- |
| Фамилия |
| Имя |
| Отчество |
| Дата рождения ("число", "месяц", "год") |
| Пол |
| Социальный статус: работающий, неработающий, пенсионер, военнослужащий, студент (нужное подчеркнуть) |
| Группа инвалидности (при наличии): |
| Желаемая дата заезда (\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.) |
| Профиль санатория и местонахождение (название по желанию) |
| Основной диагноз (полная формулировка и шифр заболевания по МКБ-10): |
| Сопутствующий диагноз (полная формулировка): |
| Серия и номер удостоверения, подтверждающее право на социальную льготу (приложить копию): |
| СНИЛС: |
| Документ, удостоверяющий личность (паспорт): Серия | Номер |
| Кем выдан |
| Когда выдан |
| Страховой медицинский полис ОМС: Серия | Номер |
| Полное наименование страховой компании |
| Серия полиса |
| Номер полиса |
| Адресная информация: |
| Почтовый индекс |
| Район |
| Населенный пункт |
| Улица |
| Дом |
| Корпус |
| Строение |
| Квартира |

 Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год

 (подпись) (расшифровка подписи) (дата направления заявки)

 --------------------------------

 <\*> - Заявку заполняет лечащий врач или врач-специалист по профилю

заболевания.

 - При отсутствии заполненных пунктов заявка на санаторно-курортную

путевку в программе "Подсистема мониторинга санаторно-курортного лечения"

не может быть оформлена.

Приложение N 3

к Приказу

Министерства здравоохранения

Республики Коми

от 31 декабря 2013 г. N 12/644

 Заявка

 на санаторно-курортную путевку

 в санаторно-курортное учреждение [<\*>](#P302)

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

 название государственного учреждения здравоохранения Республики Коми,

 оформившего заявку

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

 последнее санаторно-курортное лечение (название санатория, дата)

|  |
| --- |
| Данные на ребенка |
| Фамилия |
| Имя |
| Отчество (ребенка) |
| Дата рождения ("число", "месяц", "год") |
| Основной диагноз (полная формулировка и шифр заболевания по МКБ-10): |
| Сопутствующий диагноз (полная формулировка): |
| Желаемая дата заезда (\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.) |
| Профиль санатория и местонахождение (название по желанию) |
| Характер путевки: "Детская" "Мать и дитя" (нужное подчеркнуть) |
| Серия и номер удостоверения, подтверждающее право на социальную льготу (приложить копию): |
| СНИЛС: |
| Ребенок-инвалид: Да Нет (нужное подчеркнуть) |
| Нуждается в сопровождении до заезда: Да Нет (нужное подчеркнуть) |
| Страховой медицинский полис ОМС: Серия | Номер |
| Свидетельство о рождении (паспорт детям старше 14 лет): Серия | Номер |
| Адрес места жительства: |
| район |
| населенный пункт |
| улица дом квартира |
| Для путевки "Мать и дитя" данные на сопровождающего |
| Фамилия |
| Имя |
| Отчество |
| Дата рождения ("число", "месяц", "год") |
| Адрес места жительства: район |
| район |
| населенный пункт |
| улица дом квартира |

 Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год

 (подпись) (расшифровка подписи) (дата направления заявки)

 --------------------------------

 <\*> - Заявку заполняет лечащий врач или врач-специалист по профилю

заболевания.

 - При отсутствии заполненных пунктов заявка на санаторно-курортную

путевку в программе "Подсистема мониторинга санаторно-курортного лечения"

не может быть оформлена.

Приложение N 4

к Приказу

Министерства здравоохранения

Республики Коми

от 31 декабря 2013 г. N 12/644

 В ГКУ "Центр обеспечения деятельности

 Министерства здравоохранения Республики Коми"

 В Министерство здравоохранения Республики Коми

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о согласии на обработку персональных данных

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

даю согласие ГКУ "Центр обеспечения деятельности Министерства

здравоохранения Республики Коми", Министерству здравоохранения Республики

Коми на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем

заявлении, с целью организации санаторно-курортного лечения.

 1. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год) (жен./муж.)

 3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование, номер и серия

 документа, кем и когда выдан)

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

 4. Адрес по месту регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (почтовый адрес по месту регистрации)

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

 5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (почтовый адрес фактического

 проживания, контактный телефон)

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

 6. Наименование страховой компании, серия и номер страхового полиса ОМС

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

 7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 8. Об ответственности за достоверность представленных сведений

предупрежден/а (нужное подчеркнуть)

 9. На передачу лично мне сведений о дате заезда на санаторно-курортное

лечение и иных данных по телефонам, указанным в заявлении, согласен (не

согласен) (нужное подчеркнуть)

 10. Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным

документам.

 Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год

 (подпись) (расшифровка подписи) (дата оформления

 заявления)

Приложение N 5

к Приказу

Министерства здравоохранения

Республики Коми

от 31 декабря 2013 г. N 12/644

 В ГКУ "Центр обеспечения деятельности

 Министерства здравоохранения Республики Коми"

 В Министерство здравоохранения Республики Коми

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о согласии на обработку персональных данных

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

даю согласие ГКУ "Центр обеспечения деятельности Министерства

здравоохранения Республики Коми", Министерству здравоохранения Республики

Коми на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем

заявлении, с целью организации санаторно-курортного лечения моему ребенку

(Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с [пункта N 1](#P384) по [пункт N 7](#P399) указываются сведения о ребенке

 1. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год) (жен./муж.)

 3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование, номер и серия

 документа, кем и когда выдан)

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

 4. Адрес по месту регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (почтовый адрес по месту регистрации)

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

 5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (почтовый адрес фактического

 проживания, телефон)

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

 6. Наименование страховой компании, серия и номер страхового полиса ОМС

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

 7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 8. Сведения о сопровождающем (при оформлении заявки на путевку "Мать и

дитя") \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес места фактического проживания, телефон)

 9. Документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

 10. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

 Об ответственности за достоверность представленных сведений

предупрежден/а (нужное подчеркнуть)

 На передачу лично мне сведений о дате заезда на санаторно-курортное

лечение и иных данных по телефонам, указанным в заявлении, согласен (не

согласен) (нужное подчеркнуть)

 Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

 Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год

 (подпись) (расшифровка подписи) (дата оформления

 заявления)

Приложение N 6

к Приказу

Министерства здравоохранения

Республики Коми

от 31 декабря 2013 г. N 12/644

Отчет

по санаторно-курортному лечению граждан

за \_\_\_\_\_\_\_\_ мес. \_\_\_\_ г.

Реализация путевок:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Санатории | Получено путевок | Возвращено путевок |
| - Вулан (Краснодарский край, г. Геленджик) |  |  |
| - Горный воздух (Ставропольский край, г. Железноводск) |  |  |
| - Звенигород (Московская обл.) |  |  |
| - Имени Горького (Московская обл., Щелковский р-он) |  |  |
| - Имени Сеченова (Ставропольский край, г. Ессентуки) |  |  |
| - Кавказ (Ставропольский край, г. Кисловодск) |  |  |
| - Курортная больница (Ставропольский край, г. Кисловодск) |  |  |
| - Луч (Ставропольский край, г. Кисловодск) |  |  |
| - Ока (Московская обл., Озерский р-он) |  |  |
| - Россия (Ставропольский край, г. Ессентуки) |  |  |
| - Русь (Ставропольский край, г. Железноводск) |  |  |
| Всего выделено путевок |  |  |
| Всего пациентов, получивших СКЛ |  |

Распределение граждан по нозологии:

|  |  |
| --- | --- |
| Нозология | Получили СКЛ |
| Всего | в т.ч. инвалиды |
| Сердечно-сосудистая система |  |  |
| Костно-мышечная система и опорно-двигательный аппарат |  |  |
| Органы дыхания |  |  |
| Органы пищеварения |  |  |
| Неврология |  |  |
| Эндокринология |  |  |
| Болезни мочеполовой системы |  |  |
| Болезни уха и сосцевидного отростка |  |  |
| Итого: |  |  |

Нереализованные санаторно-курортные путевки:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | N путевки | Наименование санатория | Дата заезда | Профиль санатория | ФИО гражданина | Причина возврата | Дата возврата в МЗ РК |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение N 7

к Приказу

Министерства здравоохранения

Республики Коми

от 31 декабря 2013 г. N 12/644

Отчет

по санаторно-курортному лечению граждан

за \_\_\_\_ год

Реализация путевок:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Санатории | Получено путевок | Возвращено путевок |
| - Вулан (Краснодарский край, г. Геленджик) |  |  |
| - Горный воздух (Ставропольский край, г. Железноводск) |  |  |
| - Звенигород (Московская обл.) |  |  |
| - Имени Горького (Московская обл., Щелковский р-он) |  |  |
| - Имени Сеченова (Ставропольский край, г. Ессентуки) |  |  |
| - Кавказ (Ставропольский край, г. Кисловодск) |  |  |
| - Курортная больница (Ставропольский край, г. Кисловодск) |  |  |
| - Луч (Ставропольский край, г. Кисловодск) |  |  |
| - Ока (Московская обл., Озерский р-он) |  |  |
| - Россия (Ставропольский край, г. Ессентуки) |  |  |
| - Русь (Ставропольский край, г. Железноводск) |  |  |
| Всего выделено путевок |  |  |
| Всего пациентов, получивших СКЛ |  |

Распределение граждан по нозологии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нозология | Нуждались (по заявкам) | Получили СКЛ |
| Всего | в т.ч. инвалиды |
| Сердечно-сосудистая система |  |  |  |
| Костно-мышечная система и опорно-двигательный аппарат |  |  |  |
| Органы дыхания |  |  |  |
| Органы пищеварения |  |  |  |
| Неврология |  |  |  |
| Эндокринология |  |  |  |
| Болезни мочеполовой системы |  |  |  |
| Болезни уха и сосцевидного отростка |  |  |  |
| Итого: |  |  |  |

Количество нереализованных санаторно-курортных путевок:

|  |  |
| --- | --- |
| Кол-во | Причины отказа от путевок за отчетный год |
| Горящая | Не подходит дата заезда | Болезнь | Мат. трудности | Работа | По семейным обст-вам | Дефект пол-ки | Из-за санатория | Прочие (какие) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Нереализованные санаторно-курортные путевки:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | N путевки | Наименование санатория | Дата заезда | Профиль санатория | ФИО гражданина | Причина возврата | Дата возврата в МЗ РК |
|  |  |  |  |  |  |  |  |