

Я **надаю**/**не надаю** дозвіл зазначеному(-им) нижче надавачу(-ам) медичних послуг передавати мої дані через LSP. Я прочитав(-ла) всю інформацію у листівці «ТАК! Я хочу контролювати своє медобслуговування» *та добре зрозумів(-ла) її зміст*.

# Дані сімейного лікаря чи аптеки

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Для якого надавача медичних послуг ви оформлюєте дозвіл? (надавач медичних послуг 1)** | 🞏 **мій сімейний лікар**  🞏 **моя аптека** | 🞏 **ТАК**  🞏 **НІ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ім’я:** |  |
| **Адреса:** |  |
| **Поштовий індекс, населений пункт:** |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Для якого надавача медичних послуг ви оформлюєте дозвіл? (надавач медичних послуг 2)** | 🞏 **мій сімейний лікар**  🞏 **моя аптека** | 🞏 **ТАК**  🞏 **НІ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ім’я:** |  |
| **Адреса:** |  |
| **Поштовий індекс, населений пункт:** |  |
|  |  |

# Мої дані не забудьте поставити підпис

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Прізвище:** |  | **Ініціали:** |  | 🞏 **Ч** | 🞏 **Ж** |
| **Адреса:** |  | | | | |
| **Поштовий індекс, населений пункт:** |  | | | | |
| **Дата народження:** |  | **Підпис:** |  | | |
|  |  | **Дата:** |  | | |
|  |  |  |  |  |  |

# Чи ви бажаєте оформити дозвіл щодо своїх дітей?

* Діти віком до 12 років: ви надаєте дозвіл у якості батька/матері чи опікуна. Для цього ви можете використовувати цей бланк.
* Якщо ви бажаєте оформити дозвіл щодо дітей віком від 12 до 16 років: батько/мати чи опікун, а також дитина проставляють свої підписи.
* Діти старше 16 років надають дозвіл, самостійно заповнюючи бланк.

# Дані моїх дітей

Внесіть нижче дані своїх дітей, щодо яких ви бажаєте надати дозвіл. **Не забудьте поставити внизу свій підпис.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Прізвище:** |  | **Ініціали:** |  | 🞏 **Ч** | 🞏 **Ж** |
| **Дата народження:** |  | **Підпис дитини:** |  | 🞏 **ТАК** | 🞏 **НІ** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Прізвище:** |  | **Ініціали:** |  | 🞏 **Ч** | 🞏 **Ж** |
| **Дата народження:** |  | **Підпис дитини:** |  | 🞏 **ТАК** | 🞏 **НІ** |
|  |  |  |  |  |  |

**У вас більше двох дітей? Попросіть додатковий бланк дозволу.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Підпис батька/матері або опікуна:** |  | **Дата:** |  |
|  |  |  |