|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ФИО пациента** |  | | **Пол** | |  | |
| **Дата рождения** |  | | **Гражданство** | |  | |
| **Контактный телефон** |  | | **Эл. почта** | |  | |
| **Медицинская информация** | | | | | | |
| **Диагноз** |  | | | | | |
| **Анамнез болезни и хронические заболевания** | Гипертония | Туберкулёз | | Гепатит | | Аллергия |
| Сахарный диабет |  | |  | |  |
| Операции  (какие и когда) |  | | | | |
| Другое |  | | | | |
| **История болезни  и лечения**    **Результаты обследований** |  | | | | | |
| **Текущее состояние пациента**  **Жалобы**  **Симптомы** |  | | | | | |
| **Интересующие Вас вопросы** |  | | | | | |
| **Готовы ли приехать на очную консультацию в Центр ?** |  | | | | | |
| **Желаемые даты приёма** |  | | | | | |

Информация о сборе и использовании персональных данных

1. Цель сбора и использования личной информации с согласия пользователей, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России) собирает личную информацию пользователей с целью предоставления услуг.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых выдано мое согласие: Фамилия, Имя, Отчество, Пол, Дата Рождения, Гражданство, Номер телефона, Адрес электронной почты, Адрес, Медицинские данные.

3.Срок хранения и использования персональных данных: 2 года.

※ Заполняя и отправляя данную форму, я даю согласие на обработку и хранение персональных данных.

По всем вопросам связываться по телефону   
Тел.: +79174597878, +7 (499)324-28-04 [e.iozhits@ronc.ru](mailto:e.iozhits@ronc.ru)