РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ - ЮГРА
(Тюменская область)

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ**

ОКПО 34456252
ОКУД 1251151

ПРИКАЗ

«_25_» марта 2010г. № 121

Об учёте лиц, страдающих хронической почечной недостаточностью и получающих программный гемодиализ в лечебно-профилактических учреждениях вне постоянного места проживания

В целях реализации постановления Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 25 февраля 2010 года № 77-п «Об утверждении Положения о размерах, порядке и условиях частичного возмещения гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью, проживающим на территории Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, расходов по оплате проезда на общественном транспорте по территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры к месту получения программного гемодиализа и обратно» (далее – Постановление), организации учёта лиц, имеющих право на оплату проезда на общественном транспорте по территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры к месту получения программного гемодиализа и обратно

ПРИКАЗЫВАЮ:

1.Главным врачам государственных лечебно-профилактических учреждений автономного округа, осуществляющим предоставление медицинских услуг при проведении программного гемодиализа:

1.1.Ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчётным, предоставлять информацию об иногородних лицах, получающих программный гемодиализ в государственном лечебно-профилактическом учреждении автономного округа (приложение 1), имеющем Центр амбулаторного диализа (далее по тексту – Центр), в территориальные подразделения Департамента труда и социальной защиты населения автономного округа (приложение 2) на бумажном носителе и в электронном виде;

1.2. При условии получения пациентом (взрослым, ребёнком), страдающим хронической почечной недостаточностью, программного гемодиализа в Центре, находящемся вне постоянного места проживания пациента, один раз в год подтверждать возможность предоставления персональных данных, в том числе информации о заболевании и методе лечения, в территориальные подразделения Департамента труда и социальной защиты населения автономного округа путём получения от пациента (его законного представителя) заявления о согласии на обработку персональных данных от субъекта персональных данных (приложение 3).

2.Рекомендую главным врачам лечебно-профилактических учреждений муниципальной системы здравоохранения:

2.1.Осуществлять диспансерный учёт лиц, страдающих хронической почечной недостаточностью;

2.2. При обращении лиц (законных представителей лиц), страдающих хронической почечной недостаточностью и получающих программный гемодиализ в Центрах, находящихся вне постоянного места проживания этих лиц, в соответствии с п.3.5 раздела III приложения к Постановлению ежегодно выдавать справку утверждённой формы (приложение 4) для предоставления в территориальные подразделения Департамента труда и социальной защиты населения автономного округа в целях получения частичной компенсации финансовых затрат на проезд к месту получения программного гемодиализа и обратно.

3.Рекомендую руководителям органов муниципальной системы здравоохранения осуществлять контроль исполнения приказа подведомственными лечебно-профилактическими учреждениями.

4. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя директора по организации медицинской помощи населению Копылова В.В.

Заместитель директора Копылов В.В.

Приложение 1
к приказу
Департамента здравоохранения
автономного округа
от «25» марта 2010 г. № 121

Информация
о лицах, получающих программный гемодиализ
в Центре амбулаторного гемодиализа
(наименование государственного ЛПУ)
города(наименование муниципального образования)
в _____месяце 20____ года

№ п/п	ФИО больного	Дата рождения	Адрес постоянного места проживания пациента	Количество процедур программного гемодиализа, полученных в данном месяце

Приложение 2
к приказу
Департамента здравоохранения
автономного округа
от «25» марта 2010 г. № 121

Территориальные подразделения
Департамента труда и социальной защиты населения
автономного округа

№ п/п	Территориальное подразделение	Муниципальное образование	Почтовый адрес	Телефон/ факс	E- mail	Ответственное лицо
1	Управление социальной защиты населения по городу Нягани	город Нягань	г. Нягань 2 мкрн. д.41	8(34672) 6-01-21 (приемная)	Nyag@dtsznhmao.ru	Начальник Кирпо Валентина Сергеевна
2	Управление социальной защиты населения по городу Сургуту	город Сургут	г.Сургут проезд Советов, д.4	8(3462) 52-98-14 (приемная)	Surgg@dtsznhmao.ru	Начальник Османкина Татьяна Николаевна
3	Управление социальной защиты населения по городу Нижневартовску	город Нижневартовск	г.Нижневартовск ул. 60 лет Октября, д.1 «А»	8(346 6) 41-14-13 (приемная)	Nvartg@dtsznhmao.ru	Начальник Сотник Владимир Анатольевич
4	Управление социальной защиты населения по городу Ханты-Мансийску	город Ханты-Мансийск	г. Ханты-Мансийск, ул. Барабинская, д.18	8 (3467) 33-68-93, 35-96-17 (приёмная)	HMG@dtsznhmao.ru	Начальник – Нестерова Ольга Владимировна

Приложение 3
к приказу
Департамента здравоохранения
автономного округа
от «25» марта 2010 г. № 121

В государственное учреждение
автономного округа

Заявление

о согласии на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

Документ, удостоверяющий личность_____
(наименование, номер и

_____
серия документа, кем и когда выдан)

даю согласие_____
(наименование лечебно-профилактического учреждения)

_____

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации частичного возмещения расходов по оплате проезда по территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры к месту получения программного гемодиализа и обратно

1. Дата рождения_____
(число, месяц, год)
2. Пол_____
(женский, мужской – указать нужное)
3. Адрес регистрации по месту жительства

_____
(почтовый адрес)
4. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)_____-
5. Количество процедур гемодиализа, получаемых в Центре амбулаторного гемодиализа

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена). (нужное подчеркнуть)

Срок действия Заявления – один год с даты подписания

Подпись
Пациента _____/_____/

Приложение 4
к приказу
Департамента здравоохранения
автономного округа
от « 25» марта 2010 г. № 121

СПРАВКА*

Угловой штамп
лечебно-профилактического учреждения,
где пациент наблюдается по месту
постоянного проживания (индекс,
адрес, телефон, дата выдачи и
номер справки)

Выдана *Фамилия Имя Отчество*, *19___ года рождения,* проживающему(ей) по адресу:_____, в том что он (она) состоит на диспансерном учёте в *наименование муниципального лечебно-профилактического учреждения* по заболеванию, требующему проведения хронического гемодиализа в период с «___»_____ 20___года по «___»_____ 20___года в *Центре амбулаторного гемодиализа учреждения Ханты-Мансийского автономного округа–Югры «наименование государственного медицинского учреждения» (город (название),* в котором проводится хронический гемодиализ *(количество процедур прописью)* раз в неделю.

Основание выдачи справки: *решение врачебной комиссии муниципального ЛПУ.*

Справка дана для предоставления в территориальное подразделение Департамента труда и социальной защиты населения автономного округа для назначения ежемесячной денежной выплаты за проезд лицу, нуждающемуся в проведении хронического гемодиализа в государственном лечебно-профилактическом учреждении, находящемуся вне постоянного места проживания гражданина.

Подпись должностного лица
М.П.

*Выдается 1 раз в год