

Пожалуйста, заполните анкету, если вы временно находитесь в Эстонии и хотите получить медицинскую помощь на основании **Европейской карты медицинского страхования** (Регламент ЕС № 883/2004).

Имя:

Фамилия:

Дата рождения:

Адрес:

Телефон:

E-mail:

Краткое описание состояния здоровья или необходимой медицинской помощи:

Период пребывания в Эстонии (дд, мм, гггг):

С _____ по _____

Цель пребывания в Эстонии:

В какой стране возникла необходимость в медицинской помощи:

Решение нефролога:

Принять пациента на лечение в клинику

Дата:

Подпись (пациент)

Подпись (врач)

Обязательные приложения:

2/!e i j 3w i k j t t ! a ! i s k s i t t
3/!s 3 t j k w t s ! i k ! a h w k h 3 j j q ! j s w 3 i k j l i i q ! t k i i i q
4/!s 3 t j k w t s ! i k ! t s i 3 t t k j t t i 3 s ! i s k s i t s
5/!u 3 j j t t ! y t w 3 j s 3 w j 3 3 ! j k w j j i ! i s i t j t i w j 3 t 3 ! w j j w k q 3 t k i t t



Имя:			
Дата рождения:		Дата(ы) лечения:	
Возраст:			
Рост:		Клиника:	

Тип лечения:	HDF ☐	HF ☐	HD ☐
--------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Продолжительность диализа:	часов	Количество процедур в неделю:
----------------------------	-------	-------------------------------

Тип сосудистого доступа:	AVF ☐	AVG ☐	CVC ☐	Справа ☐	Слева ☐
--------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Тип пункционного инструмента:	Игла ☐	Размер:
	Канюля ☐	Размер:

Сухой вес:	Макс. УФ, мл/ч:	Скорость кровотока:	мл/мин
------------	-----------------	---------------------	--------

АД до диализа:	Пульс до диализа:
АД после диализа:	Пульс после диализа:

Диализатор:	Диализат:
Низкомолекулярный гепарин:	Na, ммоль/л:
Скорость потока диализата:	K, ммоль/л:
	Ca, ммоль/л:
	Глюкоза, г/л:

Kt/V:	vUrea: uіор
Эритропоэтин:	Последнее введение:
Железо:	Частота в месяц:
	Последнее введение:
	Частота в месяц:

HBV – результат/дата теста:*	
HCV – результат/дата теста:*	
ВИЧ – результат/дата теста:*	
MRSA – результат/дата теста:*	
MDRsVi – результат/дата теста:*	
*Результаты тестов не старше 30 дней.	

Последние жалобы во время диализа:	Прочие комментарии:
------------------------------------	---------------------



Имя пациента:**Дата рождения:**

Оператором данных о состоянии вашего здоровья и медицинских показателях является:
Renalis OÜ, Veerenni 53a, Tallinn 10138, Эстония.

Мы обрабатываем ваши персональные данные, включая контактные данные, данные медицинского страхования и данные о состоянии здоровья, в целях оказания медицинских услуг и их надлежащего документирования. Ваши данные могут обрабатываться для обеспечения качества лечения (в том числе в ходе клинических аудитов), а также для проверки соответствия оказания медицинских услуг и обработки персональных данных требованиям законодательства. Сроки хранения данных, подтверждающих оказание медицинских услуг, определяются законом. В случае документа, подтверждающего оказание амбулаторной медицинской услуги, этот срок составляет 30 лет с момента подтверждения данных.

В связи с обработкой персональных данных в клинике у вас есть следующие права:

1. право на доступ к своим персональным данным (для этого необходимо подать соответствующий запрос);
2. право требовать исправления или удаления данных, ограничения обработки, переносимости данных, а также право подавать возражения;
3. право в любое время отозвать согласие, при этом отзыв согласия не распространяется на обработку, произведённую до момента отзыва;
4. право обратиться к специалисту по защите данных обработчика данных по любым вопросам, связанным с вашими персональными данными. Контакт: Катрин Лепиксоо – тел. +372 5038385, katrin.lepiksoo@renalis.ee

Мы передаём ваши данные следующим получателям:

1. Больничная касса (Tervisekassa);
2. государственные регистры, например Инфосистема здравоохранения, регистр инфекционных заболеваний и т. д.;
3. местные самоуправления, например в случае необходимости получения социальных услуг;
4. другие учреждения, имеющие право на получение данных в силу законодательства, например другие медицинские учреждения;
5. лица, назначенные пациентом, например представитель пациента;
6. партнёры клиники по сотрудничеству, например лаборатории. Партнёры по сотрудничеству обязаны соблюдать все требования по защите данных.

Я прочитал(а) и ознакомился(лась) с настоящим согласием на обработку персональных данных и подтверждаю своё согласие на обработку данных на вышеуказанных условиях.

Подпись пациента

Дата:

Я даю согласие от имени лица, не обладающего полной дееспособностью для дачи согласия, и подтверждаю, что имею на это право в качестве опекуна.

Подпись опекуна

Дата:



1. Подтверждаю, что получил(а) подробную информацию о процедуре гемодиализа, назначенной для лечения моей почечной недостаточности, и понимаю её необходимость.

2. Помимо преимуществ процедуры гемодиализа, мне также были разъяснены риски данной процедуры. Мне известны следующие риски:

- сердечно-сосудистые нарушения (например, пониженное или повышенное артериальное давление, стенокардия, сердечная недостаточность и нарушения сердечного ритма);
- риск заражения инфекционными заболеваниями (например, гепатитом В);
- кровопотеря или разрушение эритроцитов;
- различные нарушения кровообращения, в т. ч. нарушения восстановления кровотока, сгущение крови и риск тромбоза;
- почечная недостаточность и её лечение сопровождаются нарушением водно-электролитного баланса, что, в свою очередь, может привести к судорогам, нарушениям со стороны сердца и сосудов, а также одышке.

3. Понимаю, что эффективность гемодиализного лечения напрямую связана с рекомендациями врача, которые следует соблюдать для достижения наилучшего результата лечения.

4. Я ознакомился(лась) с действующими правилами клиники. Понимаю, что медицинский персонал вправе отказать мне в проведении гемодиализного лечения, если моё поведение будет представлять опасность для окружающих, персонала или других пациентов. Подтверждаю, что весь данный текст мне понятен, и осознаю важность собственной ответственности.

5. Настоящим даю согласие на проведение гемодиализного лечения компанией OÜ Renalis и её медицинскими работниками. Понимаю, что данное согласие распространяется на всё, что связано с лечением моей почечной недостаточности (включая лекарственные препараты, анализы крови, переливание крови и её компонентов, вакцинацию, проведение аллергологических проб и т. д.).

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА**Имя и фамилия:****Дата:**

Подпись пациента _____

ИЛИ

ДАННЫЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА**Имя и фамилия:****Дата:**

Подпись представителя _____

