**Анкета для оформления заявки на консультацию врача**

Заявки принимаются от жителей старше 18 лет, имеющих признаки инфекционных заболеваний:

* повышение температуры тела
* кашель
* першение или боль в горле
* насморк, потеря обоняния

Заявка предназначена для получения первичной консультации врача и открытия больничного для пациентов имеющих признаки нетрудоспособности либо имеющих результаты положительного теста на коронавирус

**Я заполняю анкету**

За себя\_\_\_\_\_За другого человека\_\_\_\_\_\_

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

Фамилия\* \_\_\_\_ Имя\* \_\_\_\_ Отчество\*\_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_\_\_мужской /женский

Адрес\* текущего пребывания, где Вы будете находится на время болезни:

(перечисляются адреса, прикрепленные к медицинской организации)

Телефон\*: (указать телефон, по которому Вы всегда доступны)

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

Номер полиса ОМС\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Требуется больничный лист ( да/нет)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я принимаю соглашение на обработку персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Обязательные поля для заполнения

**С вами свяжутся для проведения консультации в течение суток**

**Также Вы можете уточнить информацию по телефонам:**

**122 ,240-13-13 либо по телефону своей поликлиники**