



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

26.11.2021

№ 3166

г. Новосибирск

О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 11.08.2021 № 2012

П р и к а з ы в а ю:

Внести в приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 11.08.2021 № 2012 «О проведении профилактического медицинского осмотра, диспансеризации определенных групп взрослого населения Новосибирской области и углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в 2021 году» следующие изменения:

1. Утвердить новую редакцию формы заявления гражданина о прохождении углубленной диспансеризации, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

2. Директору государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области особого типа «Медицинский информационно-аналитический центр» Хмелевой М.О. внести измененную форму заявления гражданина о прохождении углубленной диспансеризации, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в Медицинскую информационную систему Новосибирской области.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Новосибирской области Аксенову Е.А.

Министр

К.В. Хальзов

УТВЕРЖДЕНО
приказом министерства
здравоохранения
Новосибирской области
от 26.11.2021 № 3166

Главному врачу

_____ (наименование медицинской организации)

_____ (ФИО главного врача МО)

от _____,

(ФИО гражданина)

проживающего по адресу:

_____ (указать адрес проживания)

Заявление

В соответствии с п. 2 Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 № 698н, прошу провести мне углубленную диспансеризацию по желанию.

Я переболел(а) новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) с _____ по _____.

(указать даты начала и окончания перенесенного заболевания)

Лечение проходил в _____.

(наименование медицинской организации в случае обращения за мед. помощью)

Обследование на наличие вируса SARS-CoV-2 методом ПЦР–теста проведено - да / нет.

(подчеркнуть)

Дата обследования методом ПЦР–теста _____.

(в случае прохождения обследования)

Результат обследования: положительный / отрицательный.

(подчеркнуть, в случае прохождения обследования)

ФИО _____ Подпись _____

Дата _____.
