Додаток 4

**РЕЄСТР**   
**потреб у медичних послугах внутрішньо переміщених осіб до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ територіальної громади**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Прізвище, ім’я, по батькові | Конт. тел, ел адреса | Чи має ВПО сімейного лікаря: | | | Чи має ВПО медичне страхування | | | | | | Чи має ВПО хронічні захворювання, що потребують надання вторинної медичної допомоги | | Чи має ВПО інвалідність | | | примітка |
| ТАК | НІ | | ТАК | | | | НІ | | ТАК (вказати які) | НІ | ТАК | | НІ |
| чи є потреба у сімейному лікарі | | чи потребує ВОП отримання медичних послуг за місцем тимчасового переміщення | | реквізити відповідного документу/медичного висновку тощо | особливі потреби, пов’язані з інвалідністю (наприклад, потреба в отриманні інсулінів, технічних та інших засобах забезпечення життєдіяльності/реабілітації особи з інвалідністю) |
| так | ні | здійснюється в умовах воєнного стану покриття відповідних витрат, пов’язаних із наданням медичної допомоги | | чи є у ВПО можливість отримати медичну допомогу у зв’язку з тимчасовим переміщенням на умовах медичного страхування | |
| ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |