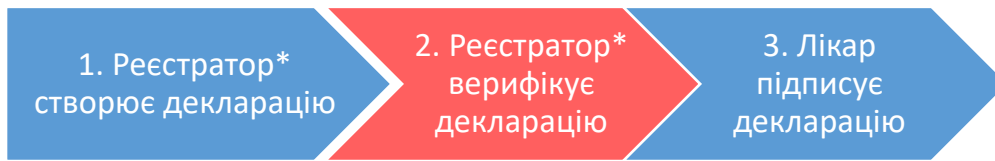


ІНСТРУКЦІЯ

по заповненню декларацій
у загальноукраїнському eHealth
через систему Helsi (для реєстратора)

© ТОВ «ХЕЛСІ ЮА», 2017–2018

Загальний порядок дій під час створення декларації виглядає наступним чином:



* у ролі реєстратора може виступати медична сестра, або сам лікар за потреби, чи інша вповноважена особа;

підписати декларацію необхідно протягом 24 години після верифікації;

Існує два шляхи верифікації пацієнта:

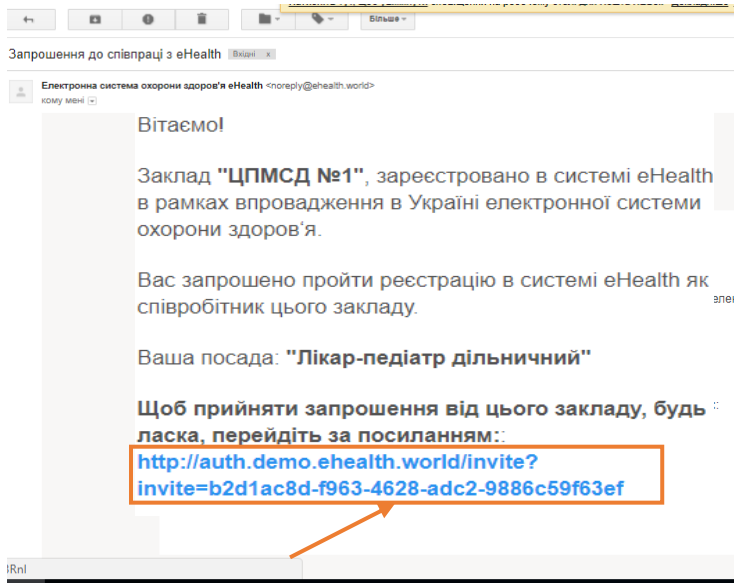
1 варіант - Миттєва верифікація. СМС-повідомлення на зазначений номер мобільного телефону. Код із СМС повідомлення діє 15 хвилин.

2 варіант - Віддалена верифікація. Надання скан/фото-копії документів пацієнта (паспорту у формі книжки або у формі картки, облікової картки платника податків - ІПН)." Посилання для завантаження фотокопій документів є активною протягом 30 хвилин.

Створити декларації у eHealth найзручніше через систему Helsi

Що Вам необхідно підготувати для створення декларації:

1. Доступ до мережі Інтернет з комп'ютера або ноутбука, принтер (або не заповнений бланк декларації у 2-х примірниках);
2. Дані пацієнта (паспортні дані, ІПН, контактний телефон, адресу проживання, реєстрації, адресу електронної пошти);
3. **Прийняти запрошення**, що надійшло на вашу електронну пошту, для цього:
 - Переглянути вміст власної електронної пошти,
 - відкрити листа, що надійшов від "**Електронної системи охорони здоров'я eHealth**",
 - перейти за посиланням, що вказано у листі (термін дії посилання 30 діб),
 - у вікні, що відкриється, зазначити пароль двічі (пароль має бути складним, але щоб ви могли його запам'ятати) (1),
 - надати згоду на обробку своїх персональних даних (2),
 - натиснути кнопку «**Далі**» (3),
 - на пошту має прийти лист з підтвердженням.



Створити пароль

1

.....

.....

Пароль має містити не менш ніж 8 символів

Зверніть увагу, що приймаючи запрошення, Ви погоджуєтесь на обробку Ваших персональних даних з метою забезпечення роботи в системі eHealth (електронній системі охорони здоров'я).

2

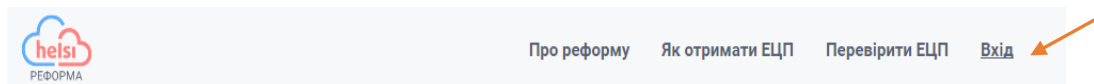
☐ Даю згоду на обробку моїх персональних даних в системі eHealth

3

ДАЛІ

УВІЙТИ ДО ОСОБИСТОГО КАБІНЕТУ

- Зайти на сайт <https://reform.helsi.me>;
- Натиснути кнопку «Вхід»;



- вести адресу електронної пошти вказану на яке прийшло запрошення та обрати медичний заклад та посаду за потреби;
- Ввести пароль створений під час запрошення, натисніть «Далі»;

Електронна пошта*
s.reva+doctor@helsi.me ✓

Оберіть медичний заклад

Місце роботи
Тестова Клініка

Оберіть позицію

Позиція
-- Оберіть --
Лікар загальної практики - сімейний лікар
Лікар-педіатр дільничний

ВХІД ДО EHEALTH

o.za:.....@helsi.me

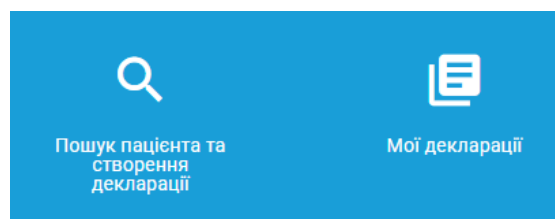
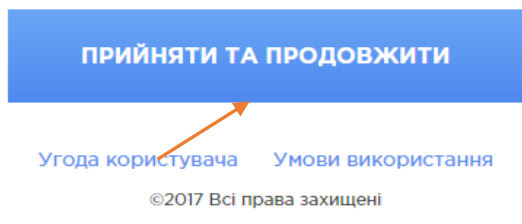
1

.....

2

ДАЛІ

- Натиснути кнопку «Прийняти та продовжити» та увійдіть у особистий кабінет.



Крок 1. Введення інформації про пацієнта, вибір лікаря:

- У особистому кабінеті обрати пункт «Пошук пацієнта та створення декларації»,
- Ввести Прізвище, Ім'я та дату народження та натиснути «Пошук»,

У результатах пошуку знайдіть оберіть пацієнта

П.І.Б.	Дата народження	Місце народження
Решетко Сергій	1989-12-15	Германівка

[НАЗАД ДО ПОШУКУ](#)

- Вкажіть ПІБ, ІПН, місце народження, **Секретне слово** (використовується для підтвердження особистості пацієнта).

Дані пацієнта

Прізвище: [blue icon] Ім'я: Сергій По батькові: Миколайович ✓

ІПН: 31 [blue icon] 15 ✓ Дата народження: 06.06.1987 Стать: чоловіча

Країна народження: UA ✓ Місце народження: Германівка

Адреса електронної пошти: example@example.com

Секретне слово (не менше 6 символів): Слово1 ✓

Активация W
Перейдіть до ро:
активувати Wind

- Обрати тип підтвердження пацієнта:

1 ВАРІАНТ “Авторизація через СМС”;

Підтвердження пацієнта

Авторизація через СМС

✓

Документи

Тип документу

Серія/номер

Паспорт

СЩ9999999

Адреса

Адреса проживання

Область

Район

Населений пункт

КИЇВСКА

БІЛА ЦЕРКВА

Тип вулиці

Назва вулиці

Буд

Кв

Індекс

вулиця

Привокзальна

2

6

09090

2 ВАРІАНТ “Авторизація через документи”

Підтвердження пацієнта

Авторизація через верифікацію документів



Документи потрібно завантажити протягом 30 хвилин після створення заявки.

- Вказати документ, що посвідчує особу, адресу проживання, телефон на який прийде підтвердження;
- Вказати контактну особу на випадок екстреної ситуації(за відсутності такої вкажіть самого пацієнта);
- Вказати опікуна за потреби;
- Обрати лікаря з яким буде заключено декларацію (якщо декларацію заповнює лікар зручно використовувати кнопку “Вибрати мене”)

Ваш сімейний лікар

Ваш сімейний лікар

Обрати підрозділ

АЗПСМ №5

Обрати лікаря

Закусило Олександр Петрович

ВИБРАТИ МЕНЕ

- Пацієнт має дати згоду на обробку персональних даних;
- Натисніть кнопку “Створити”.

Крок 2. Верифікація декларації:

- Роздрукувати у двох екземплярах декларацію (див. Додаток 1) та підписати її з пацієнтом (за відсутності принтера надати пацієнту бланк декларації);

Перевірка декларації

П.І.Б.	Дата народження	Місцезнаходження	Сімейний лікар
Сергій Євгенович	1990-02-04	Германівка	Дмитренко Дмитро Дмитрович

Друквати декларацію

ВЕРИФІКАЦІЯ

- Натиснути **"ВЕРИФІКАЦІЯ"**;

1 ВАРІАНТ

- Ввести код підтвердження, що прийде через СМС на телефон пацієнта та натиснути **"Підтвердити"** (ввести код потрібно протягом 15 хвилин)

2 5 3 4

Код

ПІДТВЕРДИТИ

2 ВАРІАНТ

В залежності від того який комплект документів обрано, система запропонує завантажити фотокопії документів. **Важливо.** Використовуйте фотокопії лише оригіналів документів (ксерокопії не підходять).

Паспорт:

1

Перший розворот паспорту пацієнта

паспорт.png

Другий розворот паспорту пацієнта

паспорт – копія.png

Сторінка паспорту з актуальним штампом про реєстрацію пацієнта

паспорт – копія (2).png

ІПН пацієнта

identifikacionnyy_nomer.jpeg

2

3

4

ЗAVАНТАЖИТИ

Custom Files

Відкрити

Картка

фізичної особи - платника податків

Підприємство ТОВ "Полісся"

Ідентифікаційний номер: 111111111111

Місце реєстрації: Львівська область, Львівський район, м. Львів

Дата реєстрації: 18.09.2017 13:52

Підприємство ТОВ "Полісся"

18.09.2017

Біометричний паспорт

1 Натисніть для завантаження

ІМ'Я	Дата змінення	Тип
identifikacjonnyy_nomer – kopія (2)	18.09.2017 13:52	Файл JPEG
identifikacjonnyy_nomer – kopія	18.09.2017 13:52	Файл JPEG
identifikacjonnyy_nomer	18.09.2017 13:52	Файл JPEG
паспорт – kopія (2)	18.09.2017 13:51	Файл PNG
паспорт – kopія	18.09.2017 13:51	Файл PNG
паспорт	18.09.2017 13:51	Файл PNG

ІПН пацієнта*

Натисніть для завантаження

4

3 Відкрити

ЗАВАНТАЖИТИ




Посвідка на проживання

1 Натисніть для завантаження

ІМ'Я	Дата змінення	Тип
identifikacjonnyy_nomer – kopія (2)	18.09.2017 13:52	Файл JPEG
identifikacjonnyy_nomer – kopія	18.09.2017 13:52	Файл JPEG
identifikacjonnyy_nomer	18.09.2017 13:52	Файл JPEG
паспорт – kopія (2)	18.09.2017 13:51	Файл PNG
паспорт – kopія	18.09.2017 13:51	Файл PNG
паспорт	18.09.2017 13:51	Файл PNG

ІПН пацієнта*

Натисніть для завантаження

4

3 Відкрити

ЗАВАНТАЖИТИ




- З'явиться повідомлення, що підписати декларацію може лише лікар.

до Декларацій

Підписати декларацію може лише лікар

- декларація з'явиться у розділі **“Мої декларації”-“До підпису”**

← Мої декларації

+ Нова декларація

НЕПІДТВЕРДЖЕНІ (1) до підпису (6) НА ПЕРЕВІРЦІ НСЗУ (0) УКЛАДЕНІ (3) РОЗІРВАНІ (0)

Декларації, що потребують накладання ЕЦП лікаря.

П.І.Б.	Дії
Пономаренко Ілля	 
Кириченко Галина	 

Ви також можете зв'язатися з нашою службою підтримки:

support@helsi.me

044 580 10 90

066 580 10 90

068 580 10 90

073 580 10 90

Додаток 1

Приклад створеної декларації

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЕКЛАРАЦІЯ
ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

№ 10 08 12 32 41 12 08 12 32 41 12 08 12 32 41 12 заповнена _____ / _____ / _____

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від _____ № _____

Пациєнт	Контактні дані	Слово-пароль
1.1 Константинопольський-Браун	2.1 +38 (050) 775-48-73	2.2 КАЛЕНДУЛА
1.2 Олександр	2.3 konkonkonst-braun@kiev.gov.ua	
1.3 Костянтинівич	проживає за адресою:	
1.4 чоловічої статі	4.1 11302	
1.5 22/08/1977	4.2 вул. Серафимовича, 5/1, кв. 67	
	4.3 с.м.т. Великоанадоль	
	4.4 Ясинуватського району Донецької області	
3.3.3 документ: ПАСПОРТ ВК110202		
3.4 місце народження: м. Хмельницький, Україна		
3.5 РНОКП: 3314501220		
6. місце реєстрації: 11302 вул. Серафимовича, 5/1, кв. 67 м. Великоанадоль Ясинуватського району Донецької області		
3.1 верифікація: проведено по смс / додана скан-копія документу		

Контактні дані особи на випадок екстреної ситуації з пацієнтом

5.1 Константинопольський-Браун	
5.2 Костянтин Костянтинівич	
5.3 +38 (050) 775-48-73	

Законні представники, опікуни чи піклувальники пацієнта

9.1 Константинопольський-Браун	10.1 Єгоровейко-Константинопольська-Браун
9.2 Костянтин Костянтинівич	10.2 Віолета Павлівна
9.3 +38 (050) 775-48-73	10.3 +38 (050) 775-48-73

дата та місце народження, статі

9.4.5 22/08/1977, чоловічої статі	10.4.5 22/08/1977, жіночої статі
9.8 Україна, м. Хмельницький	10.8 Україна, м. Хмельницький

документ, що посвідчує особу

9.6.7 Ю-КАРТКА ВК110202	10.6.7 ПОСВІДКА АН310492
9.9 РНОКП: 3314501220	10.9 РНОКП: 2986470210

документ, що підтверджує факт представництва

9.10 СВІДОЦТВО ПРО НАРОДЖЕННЯ	10.10 ПОСВІДЧЕННЯ ОПІКУНА
9.11 ВВ 110944	10.11 ЕГ 235945

Лікар

7.1 **Каваререлідзе**

7.2 **Іпполіт Моїсейович**

запис на прийом:

7.3 **+38 (050) 775-48-73**

7.4 **konkonkonst-braun@kiev.gov.ua**

адреса прийому пацієнта:

7.5 **бул. Вацлава Гавела, 22**

7.6 **с.м.т. Великоанадоль**

постачальник послуг:

8.1 **Комуніальне підприємство Центр Здоров'я «Старокиївський»**

8.2 **11502, бул. Вацлава Гавела, 22, с.м.т. Великоанадоль Ясинуватського району Донецької області**

8.3 **ЄДР: 28008822**

8.4 **Ліцензія МОЗ №599781, 17/01/2012**

8.5 **+38 (050) 775-48-73**

8.6 **konkonkonst-braun@kiev.gov.ua**

Своїм підписом я, _____

(ПІБ пацієнта)

підтверджую добровільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги, достовірність наданих мною даних, а також надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних, включно щодо адорів, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, яка працює у досвідній експлуатації, а також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, вишкою, поновленням, використанням, поширенням, розповсюдженням, реалізацією, передачею, знеособленням, анонімізацією будь-яких медичних даних для цілей охорони здоров'я, у тому числі надання первинної медичної допомоги, так само лікаря з надання первинної медичної допомоги, інші лікаря за його направленням або лікарю, до якого звернувся пацієнт, а також необхідних для надання медичної допомоги та/або медичних послуг, в рамках програмної експлуатації електронної системи охорони здоров'я. Я не виключаю здійснення повідомлення про передачу (поширення) моїх персональних даних, що включені до електронної системи охорони здоров'я, третім особам, якщо така передача (поширення) відбувається в моє інтереси з метою реалізації вищезазначеної правочинності. Розпорядження персональних даних є медичної інформаційної системи, підключеної до електронної системи охорони здоров'я.

(ПІБ особи, яка внесла дані до декларації)

Датум: _____

(підпис лікаря)

(підпис пацієнта або законного представника, опікуна чи піклувальника)

- для друку декларації натисніть **"Ctrl" + "P"**;
- обрати кількість копій (2);
- натиснути **"Друкувати"**.

Print

Total: 2 sheets of paper

Print Cancel

Destination Canon MF410 Series V4

Change...

Pages ☒ All

☐ e.g. 1-5, 8, 11-13

Copies ☒ Collate

Layout