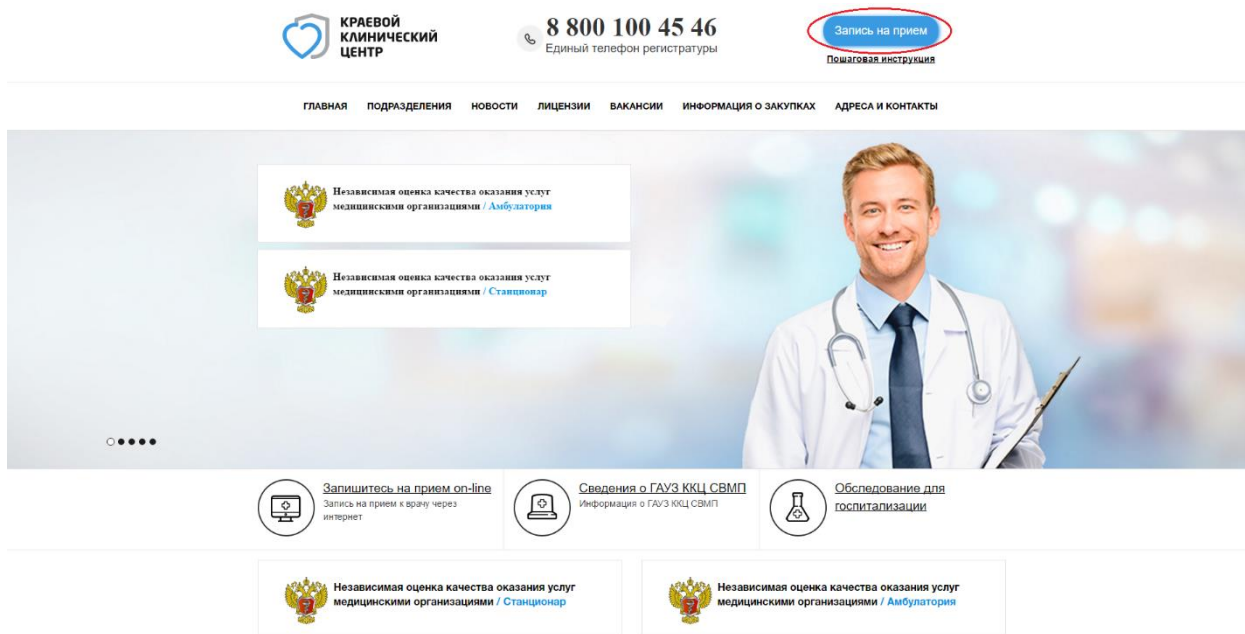


# Инструкция по записи на прием к врачу через интернет

1. Заходим на сайт ГАУЗ «ККЦ СВМП» (<http://kkcsvmp.ru/>)
2. Кликаем на ссылку «Запись на прием»



### 3. Выберите нужное ЛПУ.

#### Центр охраны материнства и детства

г.Владивосток, ул.Уборевича, д.30/37; Тел.регистратуры: 8 800 100 45 46 (доб.1) (звонок бесплатный)

[Расписание специалистов](#)

[Отмена номерков](#)

#### Диагностический центр Черемуховая

г.Владивосток, ул.Черемуховая, д.11; Тел.регистратуры: 8 800 100 45 46 (доб.2) (звонок бесплатный)

[Расписание специалистов](#)

[Отмена номерков](#)

#### Центр восстановительной медицины и реабилитации

г.Владивосток, ул.Кирова, д.66а; Тел.регистратуры: 8 800 100 45 46 (доб.5) (звонок бесплатный)

[Расписание специалистов](#)

[Отмена номерков](#)

## 4. Выберите необходимого специалиста.

### Центр охраны материнства и детства

г.Владивосток, ул.Уборевича, д.30|37; Тел.регистратуры: 8 800 100 45 46 (доб.1) (звонок бесплатный)

#### Выберите необходимого специалиста:

Врач по ультразвуковой диагностике	Врач функциональной диагностики
Врач-акушер-гинеколог (приём взрослых)	Врач-акушер-гинеколог (приём детей)
Врач-аллерголог-иммунолог (приём взрослых)	Врач-аллерголог-иммунолог (приём детей)
Врач-генетик	Врач-гастроэнтеролог (приём взрослых)
Врач-кардиолог (приём взрослых)	Врач-дерматовенеролог (приём взрослых)
Врач-логопед	Врач-лаборант
Врач-невролог (приём взрослых)	Врач-маммолог
Врач-нейрохирург (приём взрослых)	Врач-невролог (приём детей)
Врач-отоларинголог (приём детей)	Врач-отоларинголог (приём взрослых)
Врач-офтальмолог (приём детей)	Врач-офтальмолог (приём взрослых)
Врач-психолог	Врач-педиатр
	Врач-рентгенолог

5. Выберите удобное для Вас время в расписании специалиста. Так же на странице есть фильтр, с помощью которого можно посмотреть все талоны, талоны для записи через интернет и талоны для записи по телефону.

**Апрель 2016**

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

**Выбор врача:**

<< Все врачи >>

**Показать:**

- Все талоны
- Запись через интернет
- Запись по телефону

**Отметки для номерков:**

- \*ОМС\* - ОМС через интернет
- ПЛАТ - Платные
- БДЖ - Бюджет
- ДМС - ДМС
- ДГВ - Договор
- ОМС - ОМС

**Врач по ультразвуковой диагностике**

Центр охраны материнства и детства  
г.Владивосток, ул.Уборевича, д.30|37;  
Тел.регистратуры: 8 800 100 45 46 (доб.1)  
(звонок бесплатный)

[В начало](#) [Назад](#)

19.04.2016 вторник	20.04.2016 среда	21.04.2016 четверг	22.04.2016 пятница
10:20 ПЛАТ	14:30 ПЛАТ	08:20 ПЛАТ	08:30 ПЛАТ
11:00 ПЛАТ	15:10 ПЛАТ	09:00 ПЛАТ	09:00 ПЛАТ
11:40 ПЛАТ	16:30 ПЛАТ	09:40 ПЛАТ	09:30 ПЛАТ
12:20 ПЛАТ	17:00 ПЛАТ	10:20 ПЛАТ	11:00 ПЛАТ
13:00 ПЛАТ	17:10 ПЛАТ	11:40 ПЛАТ	12:20 ПЛАТ (2)
15:50 ПЛАТ	17:50 ПЛАТ	13:00 ПЛАТ	13:00 ПЛАТ (3)
16:30 ПЛАТ	18:30 ПЛАТ	13:50 ПЛАТ	14:30 ПЛАТ

Выделенное время синим цветом - для записи по телефону, черным - для записи через интернет. Серым цветом выделено время, которое уже занято и не доступно для записи.

### Виды талонов:

**Отметки для номерков:**

- \*ОМС\* - ОМС через интернет
- ПЛАТ - Платные
- БДЖ - Бюджет
- ДМС - ДМС
- ДГВ - Договор
- ОМС - ОМС

## 6. Выбираем нужного специалиста и нажимаем кнопку продолжить.

**Пожалуйста, подтвердите свой выбор:**

22.04.2016 13:00 - Василенко Елена Михайловна  
Врач по ультразвуковой диагностике

22.04.2016 13:00 - Волконская Екатерина Аркадьевна  
Врач по ультразвуковой диагностике

22.04.2016 13:00 - Бояркина Евгения Ивановна  
Врач по ультразвуковой диагностике

**К данному врачу существуют ограничения: не гинеколог**

22.04.2016 13:00 - Можарова Елена Евгеньевна  
Врач по ультразвуковой диагностике

\*Необходимо окончить бронирование номерка в течение 10 минут, в противном случае бронь будет снята

**Продолжить**

## 7. Соглашение об обработке персональных данных.

### Необходимо ознакомиться с данным соглашением.

Я, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку государственным автономным учреждением здравоохранения "Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи" 690090, г. Владивосток, ул. Уборевича, дом 30/37, тел.: 8(423)2420705 и Территориальному Фонду Обязательного медицинского страхования Приморского края 690091, Приморский край, г. Владивосток, ул. Пологая, д.21 (далее – Операторы) моих персональных данных, включающих:

- Фамилию, имя отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
- Данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну и информацию составляющую врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право операторам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну в другие медицинские организации, территориальные органы Федерального фонда социального страхования, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, осуществлять обмен (прием, передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей ли по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Предоставляю Операторам право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Операторы вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные моими персональными данными, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС договором ДМС и страховыми медицинскими организациями.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Мне разъяснено право отозвать свое согласие путем направления соответствующего заявления в адрес операторов. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Операторы обязаны прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я прочитал условия предоставления услуги и полностью с ними согласен

**Подтвердить**

## 8. Заполняем обязательные поля и нажимаем «Отправить»

**Введите данные:**

Фамилия\* (Иванов)

Имя\* (Иван)

Отчество\* (Иванович)

Дата рождения в формате дд.мм.гггг\*

Серия полиса ОМС (не обязательно)

Номер полиса ОМС\*

16 ЦИФР УКАЗАННЫХ НА ЛИЦЕВОЙ СТОРОНЕ ПОЛИСА

Телефон\*

**ПОЖАЛУЙСТА ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПОЛЯ ОТМЕЧЕННЫЕ (\*)**

**Отправить**

