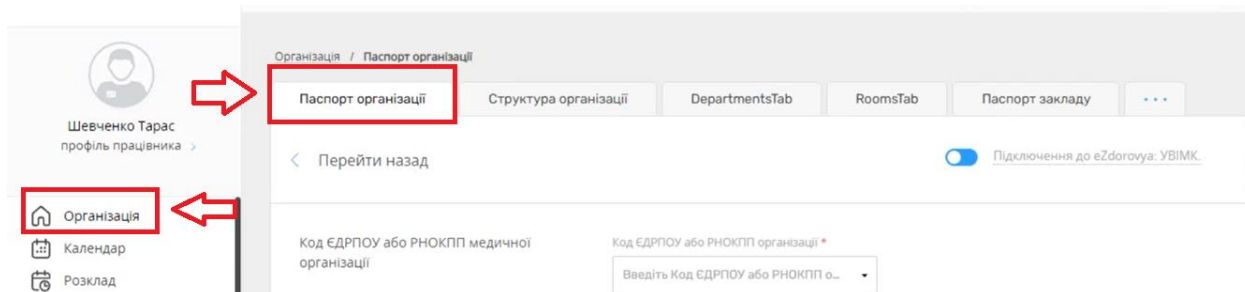
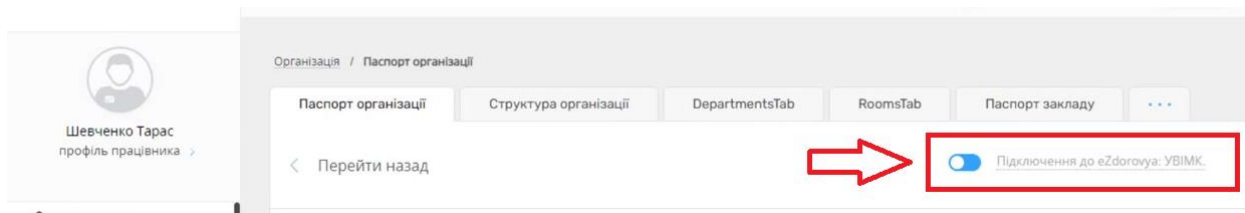


Первинна реєстрація медичної організації в ЕСОЗ

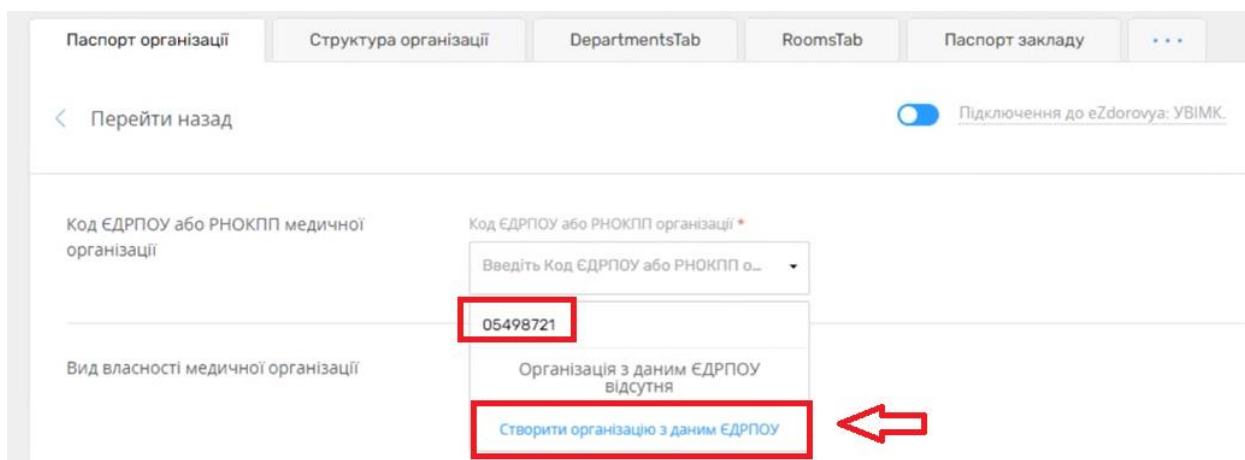
Для початку обираєте вкладку «Організація» зліва та переходите на вкладку «Паспорт організації»



Перевіряєте щоб перемикач «Підключення до eZdorovya» був увімкнений (синім кольором)



Після чого вводите ЄДРПОУ медичної організації та натискаєте на напис «Створити організацію з даним ЄДРПОУ»



Далі необхідно вказати вид власності медичної організації:

- Приватна
- Державна

Паспорт організації | Структура організації | DepartmentsTab | RoomsTab | Паспорт закладу | ...

< Перейти назад Підключення до eZdorovya: УВІМК.

Код ЄДРПОУ або РНОКПП медичної організації

Код ЄДРПОУ або РНОКПП організації *

Вид власності медичної організації

Будь-який вид приватної власності

Будь-який вид державної власності

Після чого додати інформацію про медичну організацію, а саме тип медичної організації

Вид власності медичної організації

Будь-який вид приватної власності

Будь-який вид державної власності

Інформація про медичну організацію

Тип медичної організації *

- Організація з надання первинної медичної допомоги
- Організація з надання страхових послуг**
- Вторинна, третинна, паліативна медична допомога та реабілітація

Додаємо дані про адресу

Фактична адреса медичної організації

Країна *

Україна

Область *

ХАРКІВСЬКА

Район області

Населений пункт *

ХАРКІВ

Тип вулиці

Назва вулиці

Вказати дані про ліцензію.

Зверніть увагу на поле «Ліцензія видана на». Обов'язково необхідно вказати «на медичну практику»

Ліцензії медичної організації. Термін дії ліцензії потрібно вказувати, якщо такий зазначено в ліцензії. У разі, якщо дія ліцензії безстрокова, обов'язково потрібно зазначити серію і номер бланку ліцензії, або номер і дату наказу про її видачу.

Ід ліцензії

Нова ліцензія

Тип ліцензії *

Ліцензія на медичну практику

Серія та номер

Назва органу, що видав *

Дата видачі (ддєз) *

дд-мм-рррр

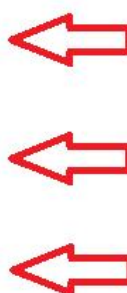
Дата завершення дії

дд-мм-рррр

Ліцензія видана на



МОЗ	
Дата видачі (діє з) *	02-02-2000
Дата завершення дії	дд-мм-рррр
Ліцензія видана на	медичну практику
Наказ МОЗ (номер) *	566
Дата видачі наказу *	01-01-2020
	дд-мм-рррр
Ліцензія видана на	



Після чого вказати інформацію про керівника, а саме

- *Тип документу*
- *Серія та номер*
- *ІНН*

Документи керівника медичної організації (підписанта), що посвідчують особу

Тип документу *	Паспорт громадянина України
Серія та номер *	ТТ565677
Ким виданий	
Коли виданий	дд-мм-рррр
Видалити	
додати документ	
Індивідуальний податковий номер (ПІН) *	

Додати посаду керівника

Контактні дані керівника медичної організації (підписанта). Електронна пошта буде використана для створення облікового запису керівника в системі eZdorovya

Тип контакту * Введіть номер *

мобільний +380 (50) 000 0011

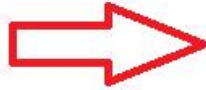
[додати номер телефону](#)

Електронна пошта *

shevchenko1@yopmail.com

Посада керівника *

Директор



Після чого вкажіть акредитацію МО. Якщо є державна акредитація МО вкажіть якої категорії та заповніть її дані.

Якщо акредитація відсутня, оберіть варіант «Без акредитації»

Державна акредитація медичної організації

Інформація про архів

Контактні дані медичної організації

Категорія *

Без акредитації

Без акредитації

Вища категорія

Перша категорія

Друга категорія

[додати номер телефону](#)

Також додаємо контактні дані про МО та натискаємо на кнопку «Створити»

Контактні дані медичної організації

Тип контакту * Введіть номер *

→ стаціонарний +380 (44) 050 6070

додати номер телефону

Електронна пошта *

→ org1@yopmail.com

Веб-сайт

Контактні дані медичної організації

Тип контакту * Введіть номер *

стаціонарний +380 (44) 050 6070

додати номер телефону

Електронна пошта *

org1@yopmail.com

Веб-сайт

* Обов'язкові поля

→ **Створити**

Після чого потрібно надати згоду на обробку даних

Згода на обробку даних

"Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" з метою ведення реєстрів електронної системи охорони здоров'я та забезпечення її функціонування у дослідній експлуатації надаю згоду обраному оператору та адміністратору електронної системи охорони здоров'я на обробку моїх персональних даних з первинних джерел, а також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням, поширенням, розповсюдженням, реалізацією, передачею, знеособленням, знищенням будь-яких відомостей. Додатково надаю згоду на доступ до моїх персональних даних уповноважених третіх осіб, що визначає дії оператора МІС та адміністратора у разі отримання запиту від уповноваженої третьої особи щодо надання доступу до персональних даних. Підтверджую достовірність вказаних мною даних та добровільність надання цих даних до електронної системи охорони здоров'я, що працює у дослідній експлуатації. Усвідомлюю, що у випадку надання мною невірної інформації мені може бути відмовлено в реєстрації в електронній системі охорони здоров'я. Зобов'язуюсь дотримуватись Регламенту функціонування електронної системи охорони здоров'я."

→ Згода на обробку даних *

* Обов'язкові поля

Зберегти **Зберегти, підписати та відправити в eZdorovua**

Зберегти, підписати та відправити в eZdorovua. (КЕП має бути керівника)

Згода на обробку даних

"Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" з метою ведення реєстрів електронної системи охорони здоров'я та забезпечення її функціонування у дослідній експлуатації надаю згоду обраному оператору та адміністратору електронної системи охорони здоров'я на обробку моїх персональних даних з первинних джерел, а також на здійснення дій пов'язаних зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням, поширенням, розповсюдженням, реалізацією, передачею, знеособленням, знищенням будь-яких відомостей. Додатково надаю згоду на доступ до моїх персональних даних уповноважених третіх осіб, що визначає дії оператора МІС та адміністратора у разі отримання запиту від уповноваженої третьої особи щодо надання доступу до персональних даних. Підтверджую достовірність вказаних мною даних та добровільність надання цих даних до електронної системи охорони здоров'я, що працює у дослідній експлуатації. Усвідомлюю, що у випадку надання мною невірної інформації, мені може бути відмовлено в реєстрації в електронній системі охорони здоров'я. Зобов'язуюсь дотримуватись Регламенту функціонування електронної системи охорони здоров'я."

Згода на обробку даних *

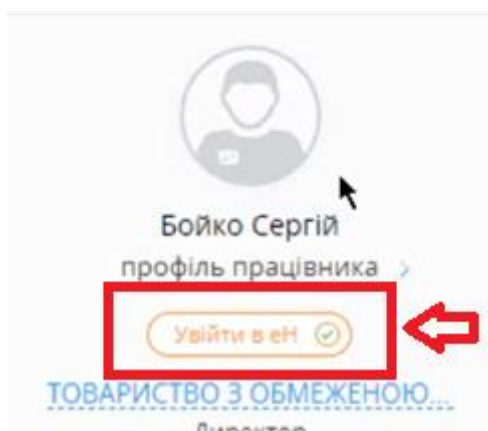
* Обов'язкові
поля

Зберегти

Зберегти, підписати та відправити в eZdorovyya

Після підписання на електронну пошту ви отримаєте лист від ЕСОЗ. В листі необхідно перейти за посилання та створити пароль до ЕСОЗ. Після чого повернутись до МІС Health24.

Через декілька хвилин під ім'ям лікаря з'явиться надпис «Увійти до eH». Натискаєте на неї.



Вводити логін та пароль від eZdorovyya



ВХІД У ЕЛЕКТРОННУ СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

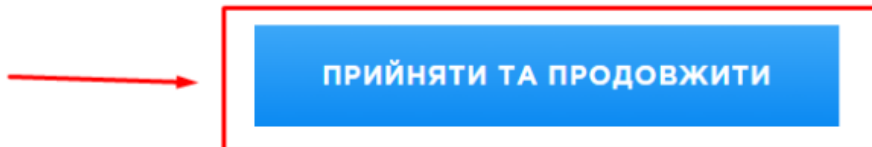
УВІЙТИ

[Змінити пароль](#) [Забули пароль?](#)

Після чого натискаєте на кнопку «Прийняти та продовжити»

МЕЛІТОПОЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ на наступні дії:

- Отримання деталей декларації
- Підтвердження створення декларації
- Відхилення створення декларації
- Отримання інформації про запит декларації
- Підпис декларації
- Створення запиту на декларацію
- Запит на отримання звіту по капітації
- Отримання деталей підрозділу
- Отримання інформації про підрозділ
- Отримання інформації про запис співробітника
- Підтвердження запрошення співробітника
- Відхилення запрошення співробітника
- Отримання інформації про запрошення співробітника
- Отримання інформації про заклад



Хочете змінити обліковий запис? [Увійти з іншими даними](#)

Тепер надпис став жовтого кольору

