

ОБРАЗЕЦ

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: « ____ » ____ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
(адрес регистрации по месту жительства)

фактически проживающий(ая) по адресу _____
(адрес проживания)

документ, удостоверяющий личность _____
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
действующий(ая) в своих интересах/ в интересах (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество пациента)
свидетельство о рождении (паспорт) _____
(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие ООО «Мед Фарма» на передачу данных и сведений, составляющих врачебную тайну:

данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные, всеми возможными способами другим лицам в интересах обследования и лечения **меня/ лица, законным представителем которого я являюсь** (нужное подчеркнуть).

Я разрешаю предоставлять, передавать данные и сведения, составляющих врачебную тайну следующим лицам:

Передача данных и сведений, составляющих врачебную тайну, может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Мед Фарма» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО «Мед Фарма».

Подпись пациента/ законного представителя пациента:

_____/_____ Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.