

Согласие (отказ), отзыв согласия пациента (лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь "О здравоохранении") на (от) внесение(я) и обработку(и) персональных данных пациента и информации, составляющей врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)),

_____ (дата рождения пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)

документ, удостоверяющий личность: _____
серия _____ номер _____ кем выдан _____,
дата выдачи _____ г., идентификационный номер _____,
проживающий по адресу: _____,
адрес электронной почты, контактный номер телефона _____

(«даю согласие на», «отказываюсь от»,
«отзываю согласие на» - нужное указать)

внесение(я) и обработку(и) персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациента, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в здравоохранении в отношении

_____ (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента (заполняется в случае дачи согласия (отказа), отзыва согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)

(подпись) (инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)

(подпись) (инициалы, фамилия медицинского работника)

_____ 20__ г.