

Учреждение
здравоохранения «4-я
городская детская
клиническая поликлиника»

Приложение 1

к Инструкции, утвержденной
приказом главного врача учреждения
здравоохранения «4-я городская
детская клиническая поликлиника»
от 10.11.2022 № 262а

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.

Уведомление о предоставлении информации об Операторе, уведомление о
разъяснении прав, связанных с обработкой персональных данных, получены в письменной
форме на руки.

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