

Согласие пациента на передачу его персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну

Я _____

«__» _____ г.р., зарегистрированный по адресу:

Паспорт: серия, номер _____ выдан «__» _____ г.

_____,
(кем выдан)

разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

1. _____ (ФИО, данные паспорта)
2. _____ (ФИО, данные паспорта)
3. _____ (ФИО, данные паспорта)
4. _____ (ФИО, данные паспорта)
5. _____ (ФИО, данные паспорта)

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

Настоящее согласие дано мной с даты подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие.

(Подпись пациента/законного представителя пациента, расшифровка)

Пациент подписался в моем присутствии:

(Подпись врача, расшифровка с указанием должности)