

Главному врачу ООО «Андромед-клиника» Подволоцкой И. В.  
От:  
Адрес проживания:  
Телефон:

**ЗАЯВЛЕНИЕ №2**  
**НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ**

Я, ( ФИО и дата рождения )

в соответствии со ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ разрешаю медицинским работникам разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, т.е. сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении нижеуказанным лицам.

Я разрешаю нижеуказанным лицам получать медицинскую документацию на мое имя, в том числе, справки, выписные эпикризы, результаты лабораторно-диагностических обследований и др.

**Я подтверждаю свое согласие на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну следующим лицам:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ФИО, телефон)

Подпись пациента \_\_\_\_\_

**Я НЕ разрешаю предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_