

Главному врачу ООО «Андромед-клиника» Гмыза С. В.

От: _____

Адрес проживания: _____

Телефон: _____

(дата)

ЗАЯВЛЕНИЕ №2

НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ

Я, _____, д. р. _____,
(ФИО пациента)

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 _____