

ОБРАЗЕЦ СОГЛАСИЯ

Согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну

Настоящим я, _____ «__» _____ Г.р.,
ФИО пациента, законный представитель несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет, недееспособного
паспорт серии _____ № _____, выдан _____,
зарегистрированный (-ая) по адресу: _____,
являясь законным представителем гр.

_____ «__» _____ Г.р.
(ФИО несовершеннолетнего до 15 лет/больного наркоманией до 16 лет, недееспособного, дата рождения)

поручаю

_____ *ФИО представителя*
паспорт серии _____ № _____, выдан _____,
зарегистрированный (-ая) по адресу: _____,

представлять мои интересы (интересы представляемого) в медицинских организациях любых форм собственности по поводу получения мною (моим представляемым) медицинской помощи (медицинских услуг), а именно

- в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» получать в отношении меня (моего представляемого) полную информацию о фактах обращения за оказанием медицинской помощи в ООО «РЦСМ», состоянии здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг и оплаты медицинской помощи, сведения о фактах обращения за психиатрической помощью, состоянии психического здоровья и диагнозе психического расстройства, иные сведения, полученные при оказании психиатрической помощи в виде медицинской карты, медицинских справок, медицинских заключений, копий, выписок из медицинской карты, включая любые рентгенологические снимки, результаты лабораторных исследований.

«__» _____ 201__ г. _____
дата *ФИО, подпись*