

Приложение 1
к Инструкции, утвержденной
приказом главного врача
учреждения здравоохранения
«40-я городская клиническая
поликлиника»
от 03.12.2021 № 227

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 _____
идентификационный номер _____,
проживающий(ая) 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 _____ (дата)
части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь
«О здравоохранении»)