

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 _____ Г.,
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
разъяснении прав, связанных с обработкой персональных данных, получены
письменной форме на руки.

О
В

(подпись)

(инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в
части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь
«О здравоохранении»)

(дата)