

Главному врачу государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Клинический диагностический центр» (ГБУЗ НО «КДЦ») О.Ю.Гудушиной

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (адрес, телефон)

### СОГЛАСИЕ

**на разглашение (предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина-пациента, одного из родителей, иного законного представителя пациента)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,

(данные документа, удостоверяющего личность, при необходимости - документа, подтверждающего полномочия законного представителя, дающего согласие)

на основании ч.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на разглашение (предоставление) сведений, составляющих мою врачебную тайну/сведений, составляющих врачебную тайну лица, законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента)

а именно:

**о факте обращения за оказанием медицинской помощи;**

**об оказании медицинской помощи, о наличии (отсутствии) заболевания, результатах медицинского обследования и (или) лечения;**

**о факте прохождения медицинского освидетельствования, медицинских осмотров;**

**о проведенных профилактических прививках;**

**получение биопсийного и операционного материала;**

**иные сведения, имеющие отношение к состоянию здоровья и оказанию медицинской помощи.**

на основании письменного запроса и при условии предъявления экземпляра настоящего согласия, а также предъявления документа, удостоверяющего личность, следующему Доверенному лицу (лицам):

\_\_\_\_\_ ;  
(Ф.И.О., телефон, данные документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_ ;  
(Ф.И.О., телефон, данные документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_ ;  
(Ф.И.О., телефон, данные документа, удостоверяющего личность)

Я разрешаю ГБУЗ НО «КДЦ» разглашать (передавать) сведения, составляющие врачебную тайну, Доверенному лицу (лицам) устно и письменно, в том числе путём выдачи документов (копий документов) на бумажном носителе и электронных документов, носителей, а также получения биопсийного и операционного материала .

Настоящее согласие действует с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. бессрочно, при моей жизни и после моей смерти.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина-пациента, одного из родителей или иного законного представителя пациента)

Подпись \_\_\_\_\_ заверяю \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина-пациента, одного из родителей или иного законного представителя пациента)

(Ф.И.О., должность, подпись\*)

М.П.

\* Подпись пациента (законного представителя пациента) может быть заверена организацией, в которой пациент (законный представитель) работает или учится, начальником соответствующего места лишения свободы, командиром воинской части (для военнослужащих), администрацией лечебного учреждения, в котором пациент находится на лечении, администрацией стационарной организации социального обслуживания (при постоянном проживании там пациента), сотрудником ГБУЗ НО «КДЦ».