

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».