

ООО «Премиум-Дент»
662610, Красноярский край,
г. Минусинск, ул. Тимирязева 6»Б»
тел: 8 (39131)2-30-60, сот. 8 913 523 23 03

от Ф.И.О. _____

адрес _____

телефон _____

Заявление

О согласии (об отказе в даче согласия)
На разглашение сведений,
составляющих врачебную тайну

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

Учитывая требования ч.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которым с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и других целях,

Заявляю **о своем согласии/ об отказе в даче согласия** (Нужное подчеркнуть) на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (для законного представителя гражданина, о пациенте _____

_____ (Ф.И.О., дата рождения пациента), а именно сведения о факте обращения мной/ гражданином за оказанием медицинской помощи, состоянии моего/ его здоровья и диагнозе, иных сведений, полученные при моем/ его медицинском обследовании и лечении (нужное подчеркнуть) в стоматологии «Премиум-Дент»

Следующим лицам:

Согласие действует впредь до дня отзыва данного согласия.

« ___ » _____ 20__ г.

Пациент (Законный представитель)

(подпись) / _____
Ф.И.О.