

Комитет по здравоохранению Мингорисполкома

Учреждение здравоохранения  
«23-я городская детская поликлиника»

**Форма Согласия (отказа), отзыва 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 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.

Уведомлен об имеющейся информации об Операторе, а также мне в доступной форме разъяснены права, связанные с обработкой персональных данных

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