

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 _____ (дата)
второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)