

**Согласие пациента на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)  
“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации/места жительства пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан\*:

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя)  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан: дата \_\_\_\_\_ кем \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, призванного недееспособным:  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

на основании п. 3 ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о согласии (или несогласии) гражданина (или его законного представителя) на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, в том числе после смерти), доверяю нижеуказанным лицам при необходимости получать результаты анализов, передавать для исследований стекла, блоки, иной биологический материал, запрашивать и получать результаты исследований, в том числе копии протоколов прижизненного исследований биопсийного материала).

выражаю свое согласие (или несогласие) на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну,

(выбранное подчеркнуть)

НИКОМУ

**СПИСОК ЛИЦ, кому я доверяю разглашать сведения, составляющие врачебную тайну.**

(Фамилия, имя, отчество, телефон, наименование организации)

моим родственникам, иным лицам/организациям:

1. \_\_\_\_\_  
(ФИО, контактный телефон)

2. \_\_\_\_\_  
(ФИО, контактный телефон)

гражданам: \_\_\_\_\_  
(ФИО, контактный телефон)

организациям: \_\_\_\_\_  
(наименование организации)

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_ Подпись