

**Согласие (отказ), отзыв 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» - нужно 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.