

Управляющему директору ООО «Формула»

Бекмирзаева Аделя Рафисовна

(ФИО паиента/законного представителя)

(место жительства (пребывания пациента/законного представителя))

(Реквизиты документа, номер, серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

Телефон: _____

Для законного представителя опекуна (при наличии)

(реквизиты документа , подтверждающего полномочия законного представителя)

(номер , серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

Настоящим документом я, _____,
даю свое согласие на разглашение (предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну в отношении
меня и (или) в отношении _____

(фамилия, имя , отчество ребенка (детей), дата рождения)

законным представителем которого (ых) я являюсь, следующему (им) лицу(ам):

(фамилия, имя, отчество, паспорт серия, номер, дата выдачи, кем выдан, адрес места жительства,
контактный номер телефона)

(далее -Доверенное лицо).

Настоящим согласием я разрешаю ООО «Формула» разглашать (предоставлять) исключительно
Доверенному лицу(лицам) на основании запроса, а также предъявлении документа, удостоверяющего
личность гражданина и документа, подтверждающего полномочия представителя при необходимости,
следующие сведения:

- о факте обращения за оказанием медицинской помощи;
- о состоянии моего здоровья/здоровья моего ребенка(детей)/пациента(-ов) и диагнозе;
- иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении.

Я разрешаю разглашать(передавать) сведения, составляющие врачебную тайну, Доверенному лицу устно и письменно, в том числе путем выдачи документов, справок, медицинских заключений (копий этих документов) на бумажном носителе и электронном виде.
Настоящее согласие действует при моей жизни и после моей смерти.

Пациент (законный представитель):

_____/_____
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

« ____ » _____ 20 ____ г.