
(наименование мед.организации, ФИО мед.работника)

Адрес _____

От _____
(ФИО пациента или его законного представителя)

Адрес: _____

Телефон: _____

Заявление

О согласии (или: об отказе) в даче согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

«__» _____ 202__ г. в связи с _____

(обоснование причин разглашения врачебной тайны)

А также на основании ч.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от

(наименование мед.организации или ФИО мед.работника)

Поступил запрос на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. На основании ч.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях. На основании вышеизложенного и руководствуясь ч.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

(ФИО пациента или его законного представителя)

Заявляет о своём согласии (или; об отказе в даче согласия) на разглашение в форме _____ сведений, составляющих врачебную тайну (для представителя гражданина: о пациенте _____), а

(ФИО, дата рождения пациента)

именно:

(перечень разглашаемых сведений)

Вариант, если заявление подписывается законным представителем

Приложение:

1.Документы, подтверждающие полномочия законного представителя, подписывающего заявление.

«__» _____ 202__ г.

Пациент (законный представитель) _____