\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации

или Ф.И.О. медицинского работника)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента или его законного

представителя)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Заявление***

***о согласии (или: об отказе в даче согласия)***

***на разглашение сведений,***

***составляющих врачебную тайну***

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(обоснование причин разглашения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а также на основании ч. 3 ст. 13 Федерального закона

врачебной тайны) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации или Ф.И.О. медицинского работника)

поступил запрос согласия на разглашение сведений, составляющих

врачебную тайну.

На основании ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 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 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации", \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

заявляет о своем согласии (или: об отказе в даче согласия) на разглашение

в форме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сведений, составляющих врачебную тайну (для

представителя гражданина: о пациенте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

(Ф.И.О., дата рождения пациента)

а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(перечень разглашаемых сведений)

(Вариант, если заявление подписывается законным представителем:

Приложение:

1. Документы, подтверждающие полномочия законного представителя,

подписывающего заявление.)

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

Пациент (законный представитель):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)