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

 (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.)