

Согласие (отказ), отзыв согласия пациента (лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-ХІІ «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
Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-ХІІ «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»-нужное 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 от 18.06.1993 № 2435-ХІІ «О здравоохранении»)

Согласие предоставлено на срок: _____

(подпись) (инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в
части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993
№ 2435-ХІІ «О здравоохранении»)

(подпись) (инициалы, фамилия медицинского работника)

_____ 2022г.

Уведомление о предоставлении информации об Операторе, уведомление о разъяснении
прав, связанных с обработкой персональных данных, получены в письменной форме на
руки.

(подпись) (инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в (дата)
части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993
№ 2435-ХІІ «О здравоохранении»)