

**Согласие (отказ), отзыв согласия пациента (лиц, указанных в части второй статьи 18
Закона Республики Беларусь «О здравоохранении») на (от) внесение(я) и
обработку(и) персональных данных пациента и информации, оставляющей
врачебную тайну**

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется),
дата рождения пациента или лиц, указанных в части второй
статьи 18 Закона Республики Беларусь «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 «О здравоохранении»)

(подпись) (инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в части второй статьи 18
Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»)

(подпись) (инициалы, фамилия медицинского работника)

_____ 20__ г.