

Приложение 1

к Инструкции, утвержденной
приказом заведующего филиалом
от 17.03.2022 № 113

**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, составляющей 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(ая) 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.

С уведомлением о предоставлении информации об Операторе, уведомлением
о разъяснении прав, связанных с обработкой персональных данных, ознакомлен(а)

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