

Учреждение здравоохранения
«18-я городская детская
поликлиника»

Приложение
к Инструкции о формах и порядке дачи
и отзыва согласия на внесение
и обработку персональных данных,
информации, составляющей врачебную
тайну, отказа от их внесения и обработки
и порядке информирования о праве
на отказ от внесения информации,
составляющей врачебную тайну,
в централизованную информационную
систему здравоохранения, утвержденной
постановлением Министерства
здравоохранения Республики Беларусь
от 07.06.2021 № 74

**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 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.