Приложение 5

УТВЕРЖДЕНО
приказ главного врача
учреждения здравоохранения
«28-я городская 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 07.06.2021 №74 «О формах и порядке дачи и отзыва согласия на внесение и обработку персональных данных пациента»

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.