Главному врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название медучреждения, Ф.И.О. глав.врача)

Согласие пациента на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

В соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года «Об основа охраны здоровья граждан в Российской Федерации» *№* 323-ФЗ *(п. 3 ст. l3 «С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целя»)* ***я,***

**(Ф.И.О. пациента)**

на основании моего свободного волеизъявления, будучи в ясном сознании и памяти, полностью осознавая значение своих действий и понимая их последствия,

даю свое письменное согласие на разглашение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сведений, составляющих

(название медучреждения)

врачебную тайну, для их предоставления

**(Ф.И.О. лица, которому передаются сведения)**

Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, включает в себя: сведения о факте моего нахождения в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название медучреждения)

на стационарном лечении в году,

* амбулаторно в году,
* в дневном стационаре в году, (НУЖНОЕ ПОДЧЕРКНУТЬ)

состоянии здоровья, диагнозе, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и

лечении

Претензий к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по разглашению сведений, составляющих врачебную тайну, не

(название медучреждения)

имею.

Ф.И.О. пациента, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие составлено в присутствии лечащего врача

Ф.И.О. врача, должность, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_