

**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.