
Форма подготовлена с использованием правовых актов по состоянию на 24.04.2014.

_____ (наименование медицинской организации или Ф.И.О. медицинского работника)
адрес: _____

от _____ (Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

адрес: _____,
телефон: _____, факс: _____,
адрес электронной почты: _____

Заявление
о согласии (или: об отказе в даче согласия)
на разглашение сведений,
составляющих врачебную тайну

"__" _____ г. в связи с _____ (обоснование причин разглашения

_____, а также на основании ч. 3 ст. 13 Федерального закона
врачебной тайны)

от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от _____

(наименование медицинской организации или Ф.И.О. медицинского работника)
поступил запрос согласия на разглашение сведений, составляющих
врачебную тайну.

На основании ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" 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 целях.

На основании вышеизложенного и руководствуясь ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", _____

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)
заявляет о своем согласии (или: об отказе в даче согласия) на разглашение в форме _____ сведений, составляющих врачебную тайну (для представителя гражданина: о пациенте _____),
(Ф.И.О., дата рождения пациента)

а именно: _____ (перечень разглашаемых сведений)

(Вариант, если заявление подписывается законным представителем:

Приложение:

1. Документы, подтверждающие полномочия законного представителя, подписывающего заявление.)

"__" _____ г.

Пациент (законный представитель):

(подпись) / _____ (Ф.И.О.)
