

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я, _____

паспорт: _____

адрес места жительства: _____

действующий(ая) в интересах : _____

(в случае заключения договора в пользу другого лица, либо заключения договора в интересах лица, не достигшего возраста 15 лет, или больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет, или лица, признанного в установленном порядке недееспособным)

даю свое согласие персоналу медицинской организации ООО «Амеда Клиник Центр» на предоставление информации, содержащей врачебную тайну (о состоянии здоровья, методах лечения, результатах проведенного лечения, диагнозе и прочей информации, связанной с моим здоровьем) третьим лицам, на предоставление копий медицинской документации, а именно:

_____ (название организации, полностью ФИО контактного лица)

Предпочтительный способ предоставления информации (нужное указать)

1. Электронная почта (e-mail) _____

2. Иной способ _____

Мне разъяснено, что в случае передачи указанной информации по незащищенным каналам связи (электронная почта и иной способ), медицинская организация не несет ответственности за возможное несанкционированное распространение медицинской информации третьими лицами. Я не имею возражений против потенциального доступа в этом случае к моей медицинской информации третьих лиц.

_____ (собственноручно полностью ФИО пациента, подпись)

_____ (ФИО законного представителя лица, не достигшего возраста 15 лет, или больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет, или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, подпись)