

Форма

ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА
ООО «ДЖИ ЭМ ЭС ХОСПИТАЛ» (ОГРН: 1167746053749)
об установлении кодового слова

г. Москва

Дата _____

ПАЦИЕНТ	
ФИО	
дата рождения	
адрес проживания	
адрес регистрации	
реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, орган выдачи	
контактный телефон	
адрес электронной почты	

1. Я согласен (-а) на использование приведенного ниже кодового слова для идентификации моей личности при получении сведений, составляющих мою врачебную тайну:

результаты медицинских исследований (результаты анализов);
сведения о назначенном лечении.

2. Кодовое слово состоит из одного слова.

(укажите кодовое слово)

3. Я предупрежден (-а) о том, что при обращении на телефонный номер ООО «ДЖИ ЭМ ЭС ХОСПИТАЛ», помимо кодового слова, необходимо назвать мои ФИО и дату рождения.
4. Я информирован, отдаю отчет и согласен, что при передаче сведений, составляющих мою врачебную тайну, с использованием кодового слова существуют риски разглашения и использования таких сведений третьими лицами, при любом неуполномоченном доступе во время передачи информации по любым каналам и способам связи. Пациент понимает возможность появления данных рисков и согласен принять эти риски на себя.

Подпись Пациента