

СОГЛАСИЕ
на передачу информации третьему лицу

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество пациента)

настоящим даю согласие на передачу информации, содержащей мои персональные данные и врачебную тайну, в том числе результатов анализов, исследований, данных моей медицинской карты и прочей медицинской документации, следующему лицу:

(фамилия, имя, отчество)

(адрес)

Я информирован(а), что при передаче информации через третьих лиц существуют риски разглашения и использования информации третьими лицами. Я понимаю появление данных рисков и согласен(на) принять эти риски на себя.

Настоящее согласие дано мной

(фамилия, имя, отчество пациента)

(адрес)

(подпись пациента)

«__» _____ 20__ года