

Общество с ограниченной
ответственностью
«Простомэксперт»

Приложение № 1 к Инструкции,
утвержденной приказом
ООО «Простомэксперт»
от 02.01.2023 № 3-ПД _____

**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(ая) 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 уполномоченного работника)
_____ 20__ г.

Уведомление о предоставлении информации об Операторе, уведомление
о разъяснении прав, связанных с обработкой персональных данных, получены
в письменной форме на руки.

_____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в
части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь
«О здравоохранении») _____ (дата)