

ОБРАЗЕЦ (на себя лично)

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, Иванова Лариса Ивановна, 01.01.1960 года рождения
(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: паспорт
серия MP номер 2222222 кем выдан Московским РУВД г. Минска,
дата выдачи 01.05.2020 г., идентификационный номер 111183H000PВ0,
проживающий по адресу: Минск, ул. Жудро, д.3, кв. 3
адрес электронной почты: petrov@gmail.com
контактный номер телефона: моб.8(029) 222 22 22; гор. (017) 222 22 22

даю согласие на

(«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»)



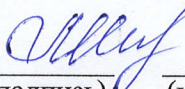
Л.И.Иванова

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

(подпись) (инициалы, фамилия медицинского работника)

20 ___ г.

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



Л.И.Иванова

01.05.2026

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

(дата)