



Главному врачу (директору, заведующему, начальнику)  
учреждения здравоохранения БУ "НОВОАГАНСКАЯ  
РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА" ОЖМЕГОВОЙ НАТАЛЬЕ  
АЛЕКСЕЕВНЕ

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

адрес \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

### Заявление

о согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

документ, удостоверяющий личность Паспорт гражданина РФ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

(дата и название выдавшего органа)

В соответствии с ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при обращении за оказанием медицинских услуг в БУ "НОВОАГАНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА" поступил запрос о даче согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. На основании ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента и в иных целях. На основании вышеизложенного и руководствуясь ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

заявляю о своем \_\_\_\_\_  
(указать нужное: согласии / об отказе в даче согласия)

на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну  
а именно: данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за оказанием медицинской помощи в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и иных сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну

«    »    2024г.    Пациент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись)    (Ф.И.О.)