

Приложение № 1
к Инструкции, утвержденной
приказом главного врача
14.10.2024 № 218

**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 _____, идентификационный номер _____,
проживающий 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 медицинского работника)

20 ____ г.

(дата)

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)