медгруппа ФЭНТЕЗИ

В случае, если пациент или его законный представитель доверяет определенным лицам разглашение конфиденциальной информации, он должен указать их паспортные данные в Договоре на оказание медицинских услуг или в иной момент, написав соответствующее согласие на распространение врачебной тайны (см. ниже)

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя или иного законного представителя)

Паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

_____ ,
зарегистрирован по адресу:

_____ ,

доверяю _____
(фамилия, имя, отчество доверенного лица)

Паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

_____ ,
зарегистрирован по адресу:

_____ ,
сопровождать моего ребенка/моих детей:

1) _____
(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

2) _____
(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

3) _____
(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

4) _____
(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

в клинику ООО «_____» (с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, в том числе: подписывать от моего имени, подписывать акты оказанных услуг, выполненных работ, оплачивать лечение пациентов из моих, либо собственных средств, с правом осуществления расчетов по ним с клиникой).

Доверенность выдана на срок _____.

Законный представитель _____ /_____ /
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Доверенное лицо _____ /_____ /
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Документы проверил _____ /_____ /
(фамилия, имя, отчество сотрудника клиники) (подпись)

«_____» _____20_____ года.

Главному врачу

ООО « _____ »

наименование клиники

_____

ФИО Главного врача

_____ *

ФИО пациента/законного представителя

_____ *

место жительства (пребывания) пациента/законного представителя

_____ *

реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего согласие

_____ *

(номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа)

_____ *

почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа

_____

контактный номер телефона

Для законного представителя опекуна (при наличии)

_____

реквизиты документа, подтверждающего полномочия

_____

законного представителя пациента (номер и серия (при наличии),

_____

дата выдачи, наименование выдавшего органа)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Настоящим документом я, _____, даю своё согласие на разглашение

(фамилия, имя, отчество)

(предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну в отношении меня и (или) в отношении

_____

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

законным представителем которого (-ых) я являюсь, следующему (-им) лицу (-ам):

_____

(фамилия, имя, отчество, паспорт серии №, кем выдан)

_____

(адрес места жительства, контактный номер телефона)

(далее – Доверенное лицо).

Настоящим согласием я разрешаю ООО « _____ » разглашать (предоставлять) исключительно Доверенному лицу на основании запроса, а также предъявления документа, удостоверяющего личность гражданина, и документа, подтверждающего полномочия представителя при необходимости, следующие сведения:

- о факте обращения за оказанием медицинской помощи;
- о состоянии моего здоровья/ здоровья моего ребенка/ пациента (-ов) и диагнозе;
- иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении.

Я разрешаю разглашать (передавать) сведения, составляющие врачебную тайну, Доверенному лицу устно и письменно, в том числе путём выдачи документов, справок, медицинских заключений (копий этих документов) на бумажном носителе и электронных документов.

Настоящее согласие действует при моей жизни и после моей смерти.

Пациент (законный представитель):

«____» _____ 20___ года _____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

* - обязательное поле для заполнения