

СОГЛАСИЕ
на разглашение (предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну

Настоящим документом я, _____
дата рождения _____ паспорт государства _____
серия _____ № _____ выдан: наименование органа выдавшего паспорт _____
_____, дата выдачи паспорта _____,
проживающий по адресу: _____
в соответствии с частью 3 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации» даю ООО «ПреАмбула» своё согласие на разглашение
(предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну, следующему лицу (следующим лицам):

1) ФИО _____
дата рождения _____ паспорт государства _____
серия _____ № _____ выдан: наименование органа выдавшего паспорт _____
_____, дата выдачи паспорта _____,
проживающий по адресу: _____
Телефон: _____ (далее – Доверенное лицо)

2) ФИО _____
дата рождения _____ паспорт государства _____
серия _____ № _____ выдан: наименование органа выдавшего паспорт _____
_____, дата выдачи паспорта _____,
проживающий по адресу: _____
Телефон: _____ (далее – Доверенное лицо)

Настоящим согласием я разрешаю ООО «ПреАмбула» разглашать (предоставлять) исключительно
Доверенному лицу на основании данного Согласия, письменного запроса, а также предъявления
документа, удостоверяющего личность гражданина, следующие сведения:

- о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи;
- о состоянии моего здоровья и диагнозе;
- иные сведения, полученные при моём медицинском обследовании и лечении.

Я разрешаю ООО «ПреАмбула» разглашать (передавать) сведения, составляющие врачебную тайну,
Доверенному лицу устно и письменно, в том числе путём выдачи документов (копий документов) на
бумажном носителе и электронных документов.

Я разрешаю ООО «ПреАмбула» в соответствии с пунктом 17 Порядка выдачи медицинскими
организациями справок и медицинских заключений (далее – Порядок), утверждённого приказом МЗ
РФ от 14.09.2020 № 972н, на основании письменного заявления при предъявлении документа,
удостоверяющего личность, выдавать Доверенному лицу дубликаты, копии относящихся ко мне
справок, медицинских заключений.

Ф.И.О. _____ / _____