

**Отзыв согласия пациента (лиц, указанных в ч. 2 ст. 18 Закона на 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 ч. 2 ст. 18 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 N 2435-XII “О здравоохранении”),

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_,  
дата выдачи \_\_\_\_\_ г., идентификационный номер \_\_\_\_\_,  
проживающий \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:  
\_\_\_\_\_  
контактный номер телефона: \_\_\_\_\_

отзываю согласие на внесение и обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациента, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в учреждении \_\_\_\_\_ здравоохранении \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ отношении \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента (заполняется в случае дачи согласия (отказа), отзыва согласия лицом, указанным в ч. 2 ст. 18 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 N 2435-XII “О здравоохранении”)

Согласие отзывается с “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. до \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в ч. 2 ст. 18 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 N 2435-XII “О здравоохранении”)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия медицинского работника)