

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ г.

СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ИНЫМ ЛИЦАМ

Я, _____ ,
(Ф.И.О. пациента)

« ____ » _____ года рождения, имеющий(ая) паспорт гражданина

РФ серии _____ № _____ , выданный _____

даю АО «Семейный доктор» свое согласие на предоставление _____
(Ф.И.О. лица)

_____ , « ____ » _____ года

рождения, имеющему паспорт серии _____ № _____ , выданный _____

_____ , сведений о факте моих
обращений за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, сведений
о проведенных мне медицинских манипуляциях, а также иных сведений, полученных при моем
медицинском обследовании и лечении и составляющих врачебную тайну.

Подпись _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.