

Согласие на разглашение врачебной тайны

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя)

_____ (паспортные данные, адрес проживания пациента или его законного представителя)
даю свое согласие на разглашение лицу (лицам)

_____ (фамилия, имя, отчество, паспортные данные, адрес проживания доверенного лица (лиц))
сведений, составляющих врачебную тайну, любым законным способом, в том числе на получение на основании письменного заявления отражающие состояние **моего здоровья** медицинские документы, в том числе справки, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов.

Настоящее огласие действует с момента его дачи и в течение трех лет либо до дня отзыва данного Согласия.

« _____ » _____ г.

_____ (подпись пациента или его законного представителя)