

**Согласие гражданина или его законного представителя на разглашение сведений,
составляющих врачебную тайну**

Я, _____

проживающий по адресу: _____

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____

_____ ,
далее «Ребенок», в соответствии с требованиями ч. 3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях обеспечения контроля оказания медицинских и оздоровительных услуг даю добровольное согласие на:

- предоставление информации о состоянии здоровья Ребенка, применяемых видах лечения и иной информации, связанной с состоянием здоровья, заболеванием, а также госпитализацией моего Ребенка в изолятор Организации, либо любое иное оздоровительное или медицинское учреждение, следующим лицам:

_____ ,

с правом передачи ими полученной в соответствии с настоящим Согласием информации медицинским работникам.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20__ г. и действует на период

с _____ до _____

(подпись)

(Ф.И.О. родителя или законного представителя)

« _____ » _____ 20__ г.