

**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.**