|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *Главному врачу*  *ГУЗ «Клиническая больница № 5»*  *К.П. Позднышеву*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(ФИО полностью)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *проживающего(ей) по адресу:*  *ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *конт. тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    *паспортные данные:*  *серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

*Заявление*

*В соответствии с приказом МЗ РФ от 29.06.2016 № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» прошу представить для ознакомления первичную медицинскую документацию, оформленную на мое имя за период моего лечения в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделении с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_.*

Разрешение на обработку персональных данных:

Я, даю согласие на обработку всех своих персональных данных предоставляемых мной государственному учреждению здравоохранения «Клиническая больница № 5», расположенного по адресу им. Пельше ул., д. 2, Волгоград, 400009, с целью ввода, сбора, систематизации, накопления, хранения, изменения, удаления, использования, передачи в случае необходимости третьим лицам.

Срок действия согласия в течение 5 лет. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент по соглашению сторон.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *Главному врачу*  *ГУЗ «Клиническая больница № 5»*  *К.П. Позднышеву*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(ФИО полностью)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *проживающего(ей) по адресу:*  *ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *конт. тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    *паспортные данные:*  *серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *законного представителя пациента (ки)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(ФИО полностью)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *проживающего(ей) по адресу:*  *ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *документ, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

*Заявление*

*В соответствии с приказом МЗ РФ от 29.06.2016 № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» прошу представить для ознакомления первичную медицинскую документацию, оформленную на имя пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделения за период его лечения с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_.*

Разрешение на обработку персональных данных:

Я, даю согласие на обработку всех своих персональных данных предоставляемых мной государственному учреждению здравоохранения «Клиническая больница № 5», расположенного по адресу им. Пельше ул., д. 2, Волгоград, 400009, с целью ввода, сбора, систематизации, накопления, хранения, изменения, удаления, использования, передачи в случае необходимости третьим лицам.

Срок действия согласия в течение 5 лет. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент по соглашению сторон.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_