

**Информированное добровольное согласие на предоставление
(разглашение) сведений, составляющих врачебную тайну**

Я _____

*Ф.И.О полностью, заполняется от руки

Или

Я _____

*Ф.И.О полностью, заполняется от руки

Являюсь законным представителем _____

* Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, заполняется от руки :

1. Проинформирован (проинформирована), что на основании статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сведения о факте моего (представляемого) обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего (представляемого) здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну;

2. Руководствуясь статьями 19 и 22 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я добровольно и осознано заявляю о согласии на:

2.1. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, медицинских документов (их копий) и выписок из них, в том числе в форме электронных документов:

- моим родственникам: супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки), в том числе после смерти;

- страховым медицинским организациям для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, оказанной мне в СПб ГБУЗ «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева».

- представителям страховых компаний в случае заключения мной договоров личного или имущественного страхования;

- должностным лицам, в целях моего медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях;

- иным лицам согласно данного списка:

* заполняется от руки

3. Мне известно, что без моего (законного представителя) письменного согласия не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

4. Мне известно, что предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без моего (законного представителя) согласия допускается:

- в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю,

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

- по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

- в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания' полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

- в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

- при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

- в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

- в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

5. Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа и подтверждаю, что все пункты не содержат двойного толкования, мною поняты и не требуют дополнительного разъяснения.

Дата _____ / _____ / _____ года.

Подпись пациента (законного представителя) _____ (_____)

Расписался в моем присутствии

Врач _____ (_____)