

(Пожалуйста, пишите печатными буквами)

- Пациент (субъект персональных данных) Законный представитель Пациента (для детей до 16 лет, недееспособных граждан)

ФАМИЛИЯ																				
ИМЯ																				
ОТЧЕСТВО																				

ДАТА РОЖДЕНИЯ: Число: _____ Месяц: _____ Год: _____ ПОЛ: М _____ Ж _____

ПАСПОРТ: ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР _____ (для клиентов страховых компаний)

ГРАЖДАНСТВО: _____ ТЕЛЕФОН _____

ОТПРАВИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ПО: E-MAIL _____ ПОЧТ, АДРЕС:

ИНДЕКС _____ Г _____ УЛ _____ ДОМ _____ КОРП _____ КВ _____

ПЕРВИЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ:	<input type="checkbox"/>	УСТАНОВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ:	<input type="checkbox"/>	СРОК БЕРЕМЕННОСТИ (НЕД.):	<input type="checkbox"/>	ДЕНЬ МЕНСТР. ЦИКЛА:	<input type="checkbox"/>
ПОВТОРНОЕ ОБРАЩЕНИЕ:	<input type="checkbox"/>						

- ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ЗАБОР БИОМАТЕРИАЛА ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ БИОМАТЕРИАЛА И ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОЦЕНКУ РЕЗУЛЬТАТОВ ВРАЧОМ)

(Пожалуйста, пишите печатными буквами)

- Пациент (субъект персональных данных) Законный представитель Пациента (для детей до 16 лет, недееспособных граждан)

ФАМИЛИЯ																				
ИМЯ																				
ОТЧЕСТВО																				

ДАТА РОЖДЕНИЯ: Число: _____ Месяц: _____ Год: _____ ПОЛ: М _____ Ж _____

ПАСПОРТ: ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР _____ (для клиентов страховых компаний)

ГРАЖДАНСТВО: _____ ТЕЛЕФОН _____

ОТПРАВИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ПО: E-MAIL _____ ПОЧТ, АДРЕС:

ИНДЕКС _____ Г _____ УЛ _____ ДОМ _____ КОРП _____ КВ _____

ПЕРВИЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ:	<input type="checkbox"/>	УСТАНОВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ:	<input type="checkbox"/>	СРОК БЕРЕМЕННОСТИ (НЕД.):	<input type="checkbox"/>	ДЕНЬ МЕНСТР. ЦИКЛА:	<input type="checkbox"/>
ПОВТОРНОЕ ОБРАЩЕНИЕ:	<input type="checkbox"/>						

- ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ЗАБОР БИОМАТЕРИАЛА ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ БИОМАТЕРИАЛА И ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОЦЕНКУ РЕЗУЛЬТАТОВ ВРАЧОМ

Согласие пациента (законных представителей) на обработку персональных данных пациента и информации, составляющей врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения)

ДАЮ СОГЛАСИЕ на внесение и обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании (оформлении) электронной медицинской карты пациента, лабораторной информационной системы, медицинской информационной системы в здравоохранении

ДЛЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ (заполняется в случае дачи согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» – законным представителем)

в отношении: _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента, дата рождения)

НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ на внесение и обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании (оформлении) электронной медицинской карты пациента, лабораторной информационной системы, медицинской информационной системы в здравоохранении

ДЛЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ (заполняется в случае дачи согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» – законным представителем)

в отношении: _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента, дата рождения)

ДАЮ СОГЛАСИЕ на отправку результатов лабораторного исследования по электронной почте, указанной в анкете для пациентов

НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ на отправку результатов лабораторного исследования по электронной почте, указанной в анкете для пациентов

Срок хранения данных, на которое дается согласие: 10 лет со дня последнего обращения

Дата _____ Подпись _____ ФИО _____

Ознакомьтесь с Положением о политике в отношении обработки персональных данных. Вы можете пройти по QR коду:
Юридический адрес Иностранного унитарного предприятия «Синлаб-ЕМЛ»: г. Минск, ул. Академическая, 26



Согласие пациента (законных представителей) на обработку персональных данных пациента и информации, составляющей врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения)

ДАЮ СОГЛАСИЕ на внесение и обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании (оформлении) электронной медицинской карты пациента, лабораторной информационной системы, медицинской информационной системы в здравоохранении

ДЛЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ (заполняется в случае дачи согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» – законным представителем)

в отношении: _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента, дата рождения)

НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ на внесение и обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании (оформлении) электронной медицинской карты пациента, лабораторной информационной системы, медицинской информационной системы в здравоохранении

ДЛЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ (заполняется в случае дачи согласия лицом, указанным в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» – законным представителем)

в отношении: _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента, дата рождения)

ДАЮ СОГЛАСИЕ на отправку результатов лабораторного исследования по электронной почте, указанной в анкете для пациентов

НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ на отправку результатов лабораторного исследования по электронной почте, указанной в анкете для пациентов

Срок хранения данных, на которое дается согласие: 10 лет со дня последнего обращения

Дата _____ Подпись _____ ФИО _____

Ознакомьтесь с Положением о политике в отношении обработки персональных данных. Вы можете пройти по QR коду:
Юридический адрес Иностранного унитарного предприятия «Синлаб-ЕМЛ»: г. Минск, ул. Академическая, 26

