

ПОВТОРНОЕ ОБРАЩЕНИЕ:

□ даю согласие на

TECTOB

ОБРАБОТКУ БИОМАТЕРИАЛА И ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ

□ даю согласие на

ЗАБОР БИОМАТЕРИАЛА

5 Y	N	_/	ΊL	5 1							AH	KET.	АДЈ	І ЯГ	ІАЦИ	EHT	'A Φ-	002-C	РК
(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																			
ПЕРВИЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ:									СРО	СРОК			ДЕНЬ						
ПОВТОРНОЕ ОБРАЩЕНИЕ:				\dashv	УСТАНОВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ:				БЕРЕМЕННОСТИ (НЕД.):					МЕНСТ ЦИКЛА:					
□ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА □ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА □ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ЗАБОР БИОМАТЕРИАЛА ОБРАБОТКУ БИОМАТЕРИАЛА ОЦЕНКУ РЕЗУЛЬТАТОВ ВРАЧОМ И ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ																			
				тов СТОВ	ІНЕНИ	Е ЛАБОІ	PATOP	ных											
				L	1														
SYNLAB Направление на лабораторное исследование АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТА Ф-002-ОРК																			
(Пожалуйста, пишите печатными буквами) □ Пациент (субъект персональных данных) □ Законный представитель Пациента (для детей до 16 лет,																			
***************************************								нес	дееспо	собнь	іх граж	кдан)							
ФАМИЛИЯ																			
ИМЯ																			
ОТЧЕСТВО																			
ДАТА РОЖДІ	ЕНИЯ:	Число:		Меся	іц:			Год:			пол:	М	_	Ж					
ПАСПОРТ: ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (для клиентов страховых компаний)																			
ГРАЖДАНСТВО: ТЕЛЕФОН																			
ОТПРАВИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ПО: E-MAIL ПОЧТ, АДРЕС:																			
индекс гул																			
ПЕРВИЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ: УСТАНОВЛЕНИЕ СРОК ДЕНЬ																			
TORTOPHOE OFFAILIFHUE:					УСТАНОВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ:				БЕРЕМЕННОСТИ (НЕД.):					МЕНСТ. ЦИКЛА:					

□ даю согласие на

ОЦЕНКУ РЕЗУЛЬТАТОВ ВРАЧОМ

•		павляющей врачебную тайну	нных пациента и информации,
Я,	(фамилия, собственное имя	, отчество (если таковое имеется),	дата рождения)
формировании (офо)ицинской карты пациента, лабора	оставляющей врачебную тайну, при торной информационной системы,
Закона Республики Б в отношении:	еларусь «О здравоохранени	и»— законным представителем)	азанным в части второй статьи 18
(фамі	илия, собственное имя, отч	ество (если таковое имеется) пацие	ента, дата рождения)
при формировании (Е на внесение и обработку оформлении) электронной м мационной системы в здрав	<i>иедицинской карты пациента, лабор</i>	и, составляющей врачебную тайну, аторной информационной системы,
Закона Республики Б в отношении:	еларусь «О здравоохранени	и» — законным представителем)	азанным в части второй статьи 18
• •		ество (если таковое имеется) пацив	•
□ ДАЮ СОГЛАСИЕ на для пациентов	а отправку результатов л	абораторного исследования по элек	тронной почте, указанной в анкете
□НЕ ДАЮ СОГЛАСИ пациентов	Е на отправку результатов	лабораторного исследования по элект	ронной почте, указанной в анкете для
Срок хранения данных, н	на которое дается согласие: 10 лет	со дня последнего обращения	
Дата	Подпись	ФИО	
Ознакомиться с Положение	ем о политике в отношении обработк	и персональных данных. Вы можете пройдя по С	QR коду:
Согласие паци		елей) на обработку персональных да павляющей врачебную тайну	анных пациента и информации,
Я,			,
	(фамилия, собственное имя	, отчество (если таковое имеется),	дата рождения)
формировании (офо)ицинской карты пациента, лабора	оставляющей врачебную тайну, при торной информационной системы,
Закона Республики Б в отношении:	еларусь «О здравоохранени	и» — законным представителем)	азанным в части второй статьи 18
(фамі	илия, собственное имя, отч	ество (если таковое имеется) пацие	ента, дата рождения)
при формировании (ледицинской карты пациента, лабор	и, составляющей врачебную тайну, аторной информационной системы,
ДЛЯ ЗАКОННЫХ ПРЕ Закона Республики Б в отношении:	ЕДСТАВИТЕЛЕЙ (заполняето іеларусь «О здравоохранени	ся в случае дачи согласия лицом, ука и»—законным представителем)	азанным в части второй статьи 18
(фамі	илия, собственное имя, отч	ество (если таковое имеется) пацие	ента, дата рождения)
□ ДАЮ СОГЛАСИЕ на для пациентов	а отправку результатов л	абораторного исследования по элек	тронной почте, указанной в анкете
□НЕ ДАЮ СОГЛАСИ пациентов	Е на отправку результатов	лабораторного исследования по элект	ронной почте, указанной в анкете для
•	на которое дается согласие: 10 лет	со дня последнего обращения	
	Подпись	ФИО	