

(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:

УСТАНОВЛЕНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ:СРОК
БЕРЕМЕННОСТИ
(НЕД.):ДЕНЬ
МЕНСТР.
ЦИКЛА:☐ 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:

УСТАНОВЛЕНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ:СРОК
БЕРЕМЕННОСТИ
(НЕД.):ДЕНЬ
МЕНСТР.
ЦИКЛА:☐ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА
ЗАБОР БИОМАТЕРИАЛА☐ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА
ОБРАБОТКУ БИОМАТЕРИАЛА
И ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ
ТЕСТОВ☐ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА
ОЦЕНКУ РЕЗУЛЬТАТОВ ВРАЧОМ

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

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

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

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



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

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

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

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

