

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

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

- 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, на который дается согласие: 10 лет со дня последнего обращения

\_\_\_\_\_  
Дата Подпись ФИО

Ознакомиться с Положением о политике в отношении обработки персональных данных Вы можете пройдя 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 электронной медицинской карты пациента, лабораторной информационной системы, медицинской информационной системы, информационных ресурсов, баз данных, реестров (регистров) 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 электронной медицинской карты пациента, лабораторной информационной системы, медицинской информационной системы, информационных ресурсов, баз данных, реестров (регистров) 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, на который дается согласие: 10 лет со дня последнего обращения

\_\_\_\_\_  
Дата Подпись ФИО

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

