

Доверенность пациента

город Санкт-Петербург « ____ » _____ 20__ г.

Я, _____,

(фамилия имя отчество полностью)

дата и место рождения _____

проживающий(ая) по адресу : _____,

паспорт серии _____ номер _____, выдан _____

(когда, кем)

доверяю _____,

(фамилия имя отчество полностью)

дата и место рождения _____

проживающий(ая) по адресу : _____,

паспорт серии _____ номер _____, выдан _____

(когда, кем)

осуществлять от моего имени права пациента, предусмотренные ст. 13

Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно:

- Получить результаты обследования от _____.

Ф.И.О., подпись

*в соответствии с требованиями 3. 1 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну должно быть выражено также в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство.