

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА
В.И. КУЛАКОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

СОГЛАСИЕ

на получение результатов медицинских анализов третьими лицами

Согласие на получение результатов медицинских анализов третьими лицами Пользуясь правом, предоставленным мне ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я

(Ф.И.О. пациента, паспортные данные)

разрешаю получить на руки заключение консультаций специалистов, результаты медицинских анализов (исследований), сданных (проведенных) мною (мне) в ФГБУ «Национальном медицинском исследовательском центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, следующим лицам или законным представителям Пациента:

(Ф.И.О. лиц, которым разрешено получать результаты анализов, или иная запись пациента, касающаяся информирования третьих лиц о результатах проведенных анализов, паспортные данные)

Подписывая данное соглашение:

- Я проинформирован (а), что получение результатов лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2016 № 152-ФЗ «О персональных данных» относится к сведениям, составляющим врачебную тайну.

Дата _____ Подпись _____