

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ, ХРАНЕНИЕ И ПЕРЕДАЧУ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ

Регистратура клиники Дократес для специалистов клиники и специалистов, ведущих частную практику

Фамилия и имя:	Дата рождения:
Адрес:	
Почтовый индекс:	Город:
Страна:	Мобильный телефон:
Адрес электронной почты: (который используется ежедневно)	
Ближайший родственник:	
Откуда Вы узнали о клинике Дократес?	

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ

Будучи пациентом клиники Дократес, Ваша информация хранится на основе данного согласия в регистратуре клиники, которая ведется совместно специалистами клиники и специалистами, ведущими частную практику. Ваша медицинская информация конфиденциальна. Данная информация может быть использована в клинике с Вашего согласия в отношении Вашего лечения. Клиника Дократес также может использовать данную информацию для своей отчетности и планировании. Данная информация может быть передана третьим лицам только на законном основании или с Вашего разрешения.

Вы можете ознакомиться с информацией, хранящейся в регистратуре во время личного визита или отправить письменный запрос. Также, Вы можете просить исправить хранящуюся в регистратуре информацию или аннулировать свое согласие на получение, хранение и передачу третьим лицам Вашу информацию, или добавить ограничения. Наш персонал будет рад предоставить Вам дополнительную информацию.

Пожалуйста, отметьте ниже свое согласие: ()

- Я ознакомился с информацией, представленной выше
- Я даю свое согласие на хранение моих медицинских данных в регистратуре клиники Дократес.
- Я даю свое согласие на передачу моих данных, если это необходимо, другим специалистам, работающим в клинике, которые принимают участие в моем лечении.
- Я даю свое разрешение специалисту, ведущему мое лечение на предоставление выписки о моем лечении лицу, давшему направление.
- Я даю согласие на получение всей необходимой важной информации для лечения из медицинских учреждений, где мне проводилось обследование и лечение (если необходимо, пожалуйста, укажите их ниже):

- Я даю согласие на передачу моей информации, необходимой для лечения, медицинским организациям и врачам, которые будут участвовать в последующем наблюдении и лечении.

Если Вы хотите внести ограничение в данное соглашение, пожалуйста, укажите их здесь:

Место и дата: _____ / ____ / 20____ Подпись: _____

Представитель несовершеннолетнего пациента

ФИО _____ дата _____ Подпись: _____

Docrates Cancer Center

Saukonpaadenranta 2, 00180 Helsinki, Finland

Tel int + 358 10 773 2000 • Fax int + 358 10 773 2099 • Business ID FI-2050681-8

www.docrates.com