

**ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ НА РАСКРЫТИЕ
ИНФОРМАЦИИ**

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА	ИМЯ	СРЕД. ИНИЦИАЛ
№ ДЕЛА		
УЧРЕЖДЕНИЕ	ОТДЕЛ	

ИНСТРУКЦИИ: КОПИЮ ДАННОЙ ФОРМЫ СЛЕДУЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ПАЦИЕНТУ! Подготовьте одну (1) копию, которая будет приложена к карте пациента.

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ С РАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТА

ИМЯ ЛИЦА ИЛИ НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, КОТОРОЙ БЫЛО РАЗРЕШЕНО РАСКРЫТЬ ИНФОРМАЦИЮ	
КОМУ:	
ИМЯ ЛИЦА ИЛИ НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, РАСКРЫВАЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИЮ	
ОТ:	
ДАТА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО РАЗРЕШЕНИЯ	

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, настоящим отзываю свое согласие на раскрытие информации указанному выше лицу/организации, кроме тех случаев, если на основании этого документа уже предприняты какие-либо действия.

Я понимаю, что в целом факт подписания мною формы согласия не может быть условием для получения мной лечения в рамках программы, но в некоторых определенных обстоятельствах мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу форму согласия. Я также осознаю возможность последствий моего отзыва согласия на раскрытие информации какому-либо органу правовой защиты, который ставит наличие такого согласия условием освобождения, назначения условного срока или досрочного освобождения. Я получил(а) копию этой формы и подтверждаю это своей подписью ниже.

(Подпись пациента)

(Подпись родителя/опекуна, если требуется)

(Имя пациента печатными буквами)

(Имя родителя/опекуна печатными буквами)

(Дата)

(Дата)