

**ЗАПРОС НА ОГРАНИЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ 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.

**ТРЕБОВАНИЕ ОГРАНИЧИТЬ ВНУТРЕННЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ**

ТРЕБУЕМОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ
КАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ: ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ ДАННОГО ЛИЦА, ДОЛЖНА БЫТЬ ОГРАНИЧЕНА:
ПРИЧИНА ОГРАНИЧЕНИЯ

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, настоящим запрашиваю ограничение использования моей медицинской информации/документации, как указано выше. Я понимаю, что медицинское учреждение может отклонить мой запрос с объяснением причин.

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента)

\_\_\_\_\_  
(Подпись родителя/опекуна, если требуется)

\_\_\_\_\_  
(Имя пациента печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
(Имя родителя/опекуна печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

Действие учреждения:

Запрос одобрен.

Запрос отклонен. Причина отклонения

Использование информации существенно необходимо для обеспечения лечения данного пациента.

Другая причина. Описание:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Директор/Заместитель директора

\_\_\_\_\_  
ДАТА