

## СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ОРГАНАМ УГОЛОВНОГО ПРАВОСУДИЯ

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА/ОБВИНЯЕМОГО		ИМЯ	СРЕД. ИНИЦИАЛ
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ №		№ ДЕЛА	
УЧРЕЖДЕНИЕ		ОТДЕЛ	

**ИНСТРУКЦИИ:** Подготовьте одну (1) копию, которая будет приложена к карте пациента

Я, нижеподписавшийся пациент/обвиняемый, настоящим даю согласие на обмен информации между персоналом данного учреждения и следующим(и) сотрудником (сотрудниками) органа (органов) уголовного правосудия: \_\_\_\_\_

Цель и необходимость упомянутого раскрытия информации состоит в информировании вышеназванного сотрудника (сотрудников) органа (органов) уголовного правосудия о моем посещении, результатах и отношении к моему обследованию и лечению и \_\_\_\_\_

К информации, подлежащей разглашению, относятся сведения о моем диагнозе, о моем посещении или непосещении лечебных сеансов, о моем содействии программе лечения, о прогнозе моего лечения и \_\_\_\_\_

Я понимаю, что мое участие в лечении является условием (отметить все применимое):

- моего освобождения из заключения  исполнения вынесенного мне приговора  
 прекращения уголовного производства против меня  отсрочки исполнения вынесенного мне приговора  
 прочего (указать): \_\_\_\_\_

Я понимаю, что, если не указано иное, данное согласие будет в силе и не может быть отменено до того, как будет формально и действительно прекращено или отменено мое освобождение из заключения и/или условно-досрочное освобождение, пробация, окончательное решение по условному освобождению или иное действие, по которому я был направлен на лечение.

Срок действия согласия (если иное) \_\_\_\_\_

Условие (условия) отзыва согласия (если иное) \_\_\_\_\_

Я также понимаю, что любое раскрытие информации в рамках данного согласия регулируется частью 2 Титула 42 Свода федеральных нормативных актов, устанавливающего принцип конфиденциальности информации о пациентах, страдающих от алкогольной и наркотической зависимости, и получатели этой информации могут передавать ее только в рамках своих служебных полномочий.

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента/обвиняемого)

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

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

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

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Дата)