

СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ

Между Медицинским центром (MVZ) и семейными врачами/другими лечащими специалистами/третьими лицами

Медицинский центр Recura GmbH
Neucoswiger Str. 21, 01640 Косвиг

(В соответствии со ст. 6(1)(a) и ст. 9(2)(a) GDPR — Общего регламента защиты данных ЕС)

ФИО пациента (печатными буквами): _____

Дата рождения: _____

Адрес проживания: _____

1. Передача данных семейному врачу/другим лечащим врачам

Я даю согласие на передачу Медицинским центром моих медицинских данных и результатов обследований семейному врачу или другим лечащим специалистам в целях:

- Документирования лечения.
- Последующего наблюдения или продолжения терапии.

Данное согласие распространяется на любые формы передачи данных (электронные, бумажные и др.) и не зависит от того, будет ли врач сразу продолжать лечение.

Можно указать нескольких врачей:

1. _____ (ФИО и адрес врача)

2. _____ (ФИО и адрес врача)

3. _____ (ФИО и адрес врача)

2. Запрос данных у семейного врача/других лечащих специалистов

Я разрешаю Медицинскому центру запрашивать мои медицинские данные у семейного врача или других лечащих специалистов, если это необходимо для текущего лечения.

- Данные будут использоваться строго в указанных целях.

Можно указать нескольких врачей:

1. _____ (ФИО и адрес врача)

2. _____ (ФИО и адрес врача)

Важные примечания

- Согласие предоставляется добровольно. Отказ может повлиять на качество лечения из-за отсутствия необходимой информации.
- Вы можете отозвать согласие полностью или частично в любой момент без объяснения причин.
- Отзыв вступает в силу с момента получения Медицинским центром и не распространяется на уже переданные данные.

Место, дата: _____

Подпись пациента: _____

ФИО (печатными буквами): _____

Если заполняет представитель

Я действую как законный представитель (опекун/доверенное лицо).

ФИО представителя (печатными буквами): _____

Подпись: _____

Адрес представителя: _____

Тип представительства (опекунство/доверенность/уход/иное): _____