Согласие субъекта обработки персональных данных на предоставление врачебной тайны третьим лицам (страховой организации)

Я_____,

(Ф.И.О. полностью)

Номер полиса _____,

Срок действия страхового полиса_____,

Дата рождения «_____» «_____» «_____»,

число *месяц* *год*

Настоящим документом я разрешаю ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер», юридический адрес: Тюменская обл., г.Тюмень, ул Холодильная, 118, к.1. предоставить медицинскую информацию из моей амбулаторной/стационарной карты о факте моего обращения за медицинской помощью (включая информацию в реестрах на оплату счетов за оказанные медицинские услуги), копию амбулаторной /стационарной карты, диагноз, врачу страховой компании

_____,

(Наименование страховой организации)

Данная информация требуется для проведения медицинской экспертизы качества и объема, предоставленных к оплате медицинских услуг, полученных в медицинском учреждении согласно страховому полису, по программе ДМС или координации текущего процесса оказания медицинской помощи.

Данное согласие дается на весь срок действия страхового полиса и в течении 5 (пяти) лет после окончания срока действия страхового полиса.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие на основании письменного заявления в медицинское учреждение.

Число_____Подпись пациента_____

Родители/Попечители/Полномочный представитель_____,

(Данная подпись необходима только в случае, если пациент не дееспособен и не в состоянии подписать данную форму).