

Кому:

«Refuon» - компании по предоставлению информационных услуг и поиску медицинской информации

Представителю или соответствующему отделу (далее: заявитель), в соответствии с требованиями закона

Тема: **Отказ от врачебной тайны**

Я, нижеподписавшийся, признаю, что этим я предоставляю любому медицинскому работнику или учреждению, и\или любому работнику Национального Института Страхования и\или любому работнику социальных служб и\или служб по уходу за больными и\или тюрем и\или АОИ и\или Министерства обороны и\или Министерства образования и\или психологических служб и\или Министерства здравоохранения, право предоставлять заявителям все данные и документы без исключений, имеющие отношение к моему здоровью и\или к социальному состоянию и\или к уходу и\или к реабилитационному состоянию и\или моим достижениям в школе и\или о любых заболеваниях, которыми я страдал в прошлом или страдаю в настоящий момент, а также я разрешаю всем страховым компаниям предоставлять материалы и\или информацию, которая касается страховых вопросов любого рода и\или прежних или нынешних аварий, участником которых я являлся, включая статус иска, сумму выплат и дату произведения таковых.

Настоящим объявляется, что вы и\или любые ваши доктора и\или работники ваших работников и\или любые ваши учреждения, включая общие и\или психиатрические и\или реабилитационные больницы и любые отделения ваших учреждений и\или любые отделения Министерства образования и\или психологических служб и\или Министерства здравоохранения освобождаются от обязанности хранить в тайне всё, что связано с моим здоровьем и\или реабилитацией и\или социальными состоянием \ условиями ухода и\или с моими успехами в школе, и разрешаю вам передавать любую информацию из любых дел, открытых на мое имя в Институте национального страхования, включая информацию или документацию о выплатах, полученных мной от Института национального страхования. Я отказываюсь от секретности в отношении заявителей, и я не буду иметь в отношении вас каких-либо жалоб или претензий по поводу предоставления вышеупомянутой информации. Данный отказ включает также списки докторов, которых я посещаю, содержащиеся в информационном резерве всех вышеупомянутых учреждений.

Имя (имя + фамилия): _____

Номер у. л. (в России) : _____

Лечащий врач (в России): _____

Больница/поликлиника (в России): _____

Адрес и телефон Больницы/поликлиника : _____

Подпись: _____

Имя свидетеля и его подпись: _____