

**Согласие пациента или его законного представителя
на передачу сведений, составляющих врачебную тайну,
в интересах обследования и лечения**

По закону Министерства здравоохранения Израиля, врачи и медицинский персонал клиник, больниц, медицинских центров и реабилитационных центров должны обладать письменным согласием пациента на изучение его случая. Обсуждение состояния пациента происходит только во врачебной среде, исключительно в интересах пациента и в рамках его обследования и лечения. Любая информация, касающаяся состояния пациента, деталей его анамнеза, пройденных медицинских процедур не поддается разглашению третьим лицам, не задействованных прямо или косвенно в обследовании или лечении пациента.

1. Я, нижеподписавшийся, даю письменное согласие Шульману Леониду 316626985, Др. Мацаеву Андрею 304114598 (MedConsierge) на использование медицинских документов и всей актуальной информации без исключения о моем состоянии здоровья и/или любом заболевании, которое имелось в прошлом или имеется в данный момент. Я освобождаю их от обязанности соблюдать врачебную тайну касательно моего состояния здоровья для обсуждения моего состояния. Обязуюсь никогда напрямую или косвенно не выдвигать претензии, связанные с соблюдением врачебной тайны, включая соблюдение закона о защите личной информации или другого закона.

2. Я понимаю, что передача сведений, составляющих врачебную тайну, необходима для составления максимально эффективного курса лечения и контроля моего состояния.

Ф.И.О. пациента:

Номер паспорта: _____

Адрес пациента: _____

Подпись: _____

Ф.И.О. доверенного лица: _____

Номер паспорта: _____

Адрес доверенного лица: _____

Подпись: _____