

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ
«ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР»

170043, г. Тверь, ул. Королева, д. 10
Тел./Факс: (4822) 72-13-40
E-mail - tverond@mail.ru

Исх. № ____ « ____ » _____ 2021 г.

Главному врачу

(название медицинского учреждения)

(электронная почта)

(телефон/факс)

Запрос

ГБУЗ "Тверской областной клинический наркологический диспансер" просит сообщить в наш адрес информацию о том, обращался ли за наркологической помощью и состоит ли на диспансерном наблюдении у врача психиатра-нарколога в Вашем учреждении гражданин (ка)

_____, «__» _____ г.р.,
Паспортные данные прилагаем,
зарегистрированный по адресу: _____

(Основание: ч.3. статья 13 «Соблюдение врачебной тайны» Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Данная информация необходима **в целях медицинского обследования для:**

- водительской комиссии;
- получения лицензии на право владения оружием;
- трудоустройства;
- для получения разрешения на работу с наркотическими препаратами.

(Нужное подчеркнуть)

Ответ просим Вас направить по факсу: **8(4822) 721340** или по электронной почте: **tverond-zapros@mail.ru** или **tverond@mail.ru**.

Главный врач ГБУЗ "ТОКНД"

В.И. Честнова

Согласие на обработку персональных данных

Я (ФИО) _____, дата рождения _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, **подтверждаю свое согласие на обработку персоналом ГБУЗ «ТОКНД» моих персональных данных**, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес места жительства, контактные телефоны), данные о состоянии моего здоровья, и иные персональные данные, обрабатываемые в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания мне медицинских услуг. В процессе оказания мне медицинской услуги я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющую врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует в течение всего срока оказания медицинской услуги, до достижения цели обработки. Подпись _____ (_____)

Согласие на предоставление сведений медицинского характера в адрес ГБУЗ "Тверской областной клинический наркологический диспансер"

Я, _____, дата рождения _____, даю свое согласие на предоставление в адрес ГБУЗ "Тверской областной клинический наркологический диспансер" сведений медицинского характера о себе: сроков лечения, диагноза, оказанных видов медицинской помощи, нахождения на учете у психиатра или нарколога, диспансерного наблюдения у других специалистов, а также обо всех других фактах, связанных с оказанием мне медицинской помощи или медицинских услуг. Даю свое согласие на выдачу копий моих медицинских документов.

«__» _____ 2021 года

Подпись _____ (_____)
ФИО

Телефон _____