

*Утвержден
приказом главного врача
от 20 января 2018г. № 24*

**Форма заявления пациента
на имя руководителя медицинской организации о запрете
сообщения кому-либо информации о состоянии своего здоровья**

Руководителю медицинской организации
_____ ФИО
от _____ ФИО
проживающего по адресу

В соответствии с законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» запрещаю пере-
давать кому-либо любую информацию о состоянии моего здоровья.

Дата

Подпись