

Заявление о согласии на сбор документов, имеющих отношение к медицинской практике



Настоящим я разрешаю следующим лицам или поставщикам услуг собирать от моего имени документы, имеющие отношение к медицине (например, рецепты, направления и т. д.).

Имя:.....

Имя:.....

Заявление о согласии на отправку электронных писем



Я разрешаю доктору Шахзаде Амиру, моему лечащему врачу в Вене, отправлять мои медицинские данные и информацию из моей истории болезни по электронной почте на _____ адрес

.....@.....
..... Проходить. Это включает в себя состояние моего здоровья, диагноза, историю болезни и сведения о лечении, включая лекарства.



Я знаю, что неуполномоченные третьи лица могут получить доступ к этой информации и изменить ее.

Я даю это согласие добровольно. Я осознаю, что могу отозвать это согласие в любое время, полностью или частично, без объяснения причин и с действием на будущее.

.....
Место, Дата

.....
Подпись пациента