*Приложение 5*

*к приказу от 10.01.2013г. № 2Л*

**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 передавать кому-либо любую информацию о состоянии моего здоровья.

Дата Подпись