ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈւԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐԻ 2021 ԹՎԱԿԱՆԻ ՀՈւՆԻՍԻ 8-Ի ՀՐԱՄԱՆՈՒՄ ՓՈՓՈԽՈւԹՅՈՒՆ ԿԱՏԱՐԵԼՈւ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Նորմատիվ իրավական ակտերի մասին» օրենքի 34-րդ հոդվածով`

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ`

1. Առողջապահության նախարարի 2021 թվականի հունիսի 8-ի «Բժշկական գաղտնիք համարվող տվյալների փոխանցման վերաբերյալ պացիենտի կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության ձևը սահմանելու մասին» թիվ 47-Ն հրամանի հավելվածը շարադրել նոր խմբագրությամբ` համաձայն հավելվածի:
2. Սույն հրամանն ուժի մեջ է մտնում հրապարակմանը հաջորդող օրվանից:

**ՊԱՇՏՈՆԱԿԱՏԱՐ` Ա.ԱՎԱՆԵՍՅԱՆ**

**Հավելված**

**ՀՀ առողջապահության**

**նախարարի 2021 թվականի**

**-ի N - Ն հրամանի**

**«Հավելված**

**Առողջապահության նախարարի**

**2021 թվականի հունիսի 08-ի**

**N 47-Ն հրամանի**

**ՁԵՎ**

**ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳԱՂՏՆԻՔ ՀԱՄԱՐՎՈՂ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՓՈԽԱՆՑՄԱՆ**

**ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԿԱՄ ՆՐԱ ՕՐԻՆԱԿԱՆ**

**ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ**

Ես

(պացիենտի կամ նրա օրինական ներկայացուցչի ազգանունը, անունը, հայրանունը)

Տալիս եմ համաձայնությունս իմ բժշկական գաղտնիք համարվող տվյալների փոխանցմանը

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(օրինական ներկայացուցչի կողմից համաձայնություն տալու դեպքում նշել պացիենտի անունը, ազգանունը, հայրանունը)

\_-ին

(համաձայնությունը հայցող բժշկական կազմակերպության անվանումը, գտնվելու վայրը (բժշկի անունը, ազգանունը, հայրանունը))

Հետևյալ նպատակով\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(բժշկական գաղտնիք համարվող տվյալներ մշակելու նպատակը)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(մշակման ենթակա բժշկական գաղտնիք համարվող տվյալների ցանկը)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(անձանց շրջանակը, որոնց կարող են փոխանցվել բժշկական գաղտնիք համարվող տվյալները, նրանց անձը հաստատող փաստաթղթի տվյալները)

(հայցվող համաձայնության գործողության ժամկետը)

\_ \_\_

Համաձայնության տրման տարի, ամիս, ամսաթիվ Համաձայնություն տվող

անձի ստորագրություն

ԾԱՆՈԹԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

\* լրացվում է բժշկական կազմակերպությունում` համաձայնություն տվող անձի կողմից բժշկական գաղտնիք համարվող տվյալն այլ անձի փոխանցելու կամահայտնության դեպքում»: