

Додаток 2  
до Положення про Реєстр  
пацієнтів, які хворіють на  
спадковий дефіцит факторів  
коагуляції крові  
(пункт 4.5)

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА  
НА ОБРОБКУ ЙОГО ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ**

Я, \_\_\_\_\_, при зверненні  
(прізвище, ім'я, по батькові пацієнта)  
до \_\_\_\_\_  
(найменування закладу охорони здоров'я)

даю згоду на внесення моїх персональних даних до Реєстру пацієнтів, які хворіють на спадковий дефіцит факторів коагуляції крові, порядок ведення якого визначено наказом МОЗ України від 9 вересня 2013 року № 788 «Про затвердження Положення про Реєстр пацієнтів, які хворіють на спадковий дефіцит факторів коагуляції крові».

Я погоджуюсь з обробкою моїх персональних даних з метою реалізації моїх прав на охорону здоров'я, забезпечення достовірності статистичної інформації, планування та розрахунку кількості лікарських засобів, що закуповуються за рахунок коштів державного та місцевого бюджетів для забезпечення пацієнтів, які хворіють на спадковий дефіцит факторів коагуляції крові, за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Законів України «Про захист персональних даних», «Про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах».

\_\_\_\_\_  
(підпис пацієнта)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
(дата)