

Начальнику медичної частини № \_\_\_\_\_  
філії ДУ «Центр охорони здоров'я ДКВС України»

від \_\_\_\_\_  
(ПІБ)

Статус:  
☐ особа, взята під варту  
☐ засуджений(а)

Установа: \_\_\_\_\_  
(повне найменування)

Камера / відділення / дільниця №: \_\_\_\_\_

Стаття КК України: \_\_\_\_\_

Строк покарання (для засудженого): \_\_\_\_\_

### **ЗГОДА**

**на надання медичної інформації та копій медичної документації  
адвокату, захиснику або іншому уповноваженому представнику**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ПІБ повністю)

добровільно надаю згоду на надання інформації про стан мого здоров'я та медичної документації, що стосується надання мені медичної допомоги, такій особі:

ПІБ представника: \_\_\_\_\_

Статус представника:  
☐ адвокат;  
☐ захисник;  
☐ законний представник;  
☐ інший уповноважений представник: \_\_\_\_\_.

Контактні дані представника (за наявності):

Надаю згоду на отримання зазначеною особою інформації та документів щодо:

- ☐ стану мого здоров'я та встановлених діагнозів;
- ☐ проведених медичних оглядів;
- ☐ результатів лабораторних досліджень;
- ☐ результатів інструментальних досліджень (рентгенографія, УЗД, КТ, МРТ, ЕКГ тощо);
- ☐ висновків лікарів та лікарів-спеціалістів;
- ☐ медичних призначень та проведеного лікування;
- ☐ виписок із медичної документації;
- ☐ документів щодо госпіталізації, направлення на обстеження або консультацію;
- ☐ висновків консилиумів лікарів;
- ☐ іншої медичної інформації та документації, що стосується стану мого здоров'я:

Надаю згоду на:

- ☐ ознайомлення представника із зазначеною медичною документацією;
- ☐ отримання представником копій медичних документів;
- ☐ отримання виписок та медичних висновків;
- ☐ отримання інформації про проведені обстеження, призначене та фактично проведене

лікування.

За необхідності медична інформація та копії документів можуть бути використані моїм представником виключно з метою захисту моїх прав та законних інтересів, отримання правової чи медичної допомоги, а також звернення до компетентних державних органів, суду або міжнародних органів захисту прав людини.

Цю згоду надано мною добровільно. Її зміст та обсяг наданої згоди мені зрозумілі.

Строк дії цієї згоди:

- ☐ до її відкликання мною;
- ☐ до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року;
- ☐ на період представництва моїх інтересів зазначеною вище особою.

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Підпис особи, яка надала згоду: \_\_\_\_\_

ПІБ: \_\_\_\_\_