**ОБЯЗАТЕЛЬСТВО**

**о неразглашении сведений, составляющих врачебную тайну**

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. г. Набережные Челны

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., год рождения)

Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Кем

место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь студентом\_\_\_\_\_\_ курса, \_\_\_\_\_\_\_ группы, ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж», обязуюсь не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну.

Мне разъяснены положения статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне понятно, что к сведениям, составляющим врачебную тайну, относятся:

- сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи;

- сведения о состоянии его здоровья и диагнозе;

- иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

Указанные сведения могут стать мне известны при прохождении практики в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лечебно- профилактических и фармацевтических учреждений)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее – Учреждение).

Мне разъяснено и понятно, что разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, не допускается.

С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в целях проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях. Письменное согласие оформляется в установленной законодательством РФ форме. При этом использование персональных данных пациентов (Ф.И.О., место жительства и пр.) запрещено.

Я предупрежден о том, что проведение фото-, видеосъемки, аудиозаписи на территории Учреждения (в том числе в операционных, манипуляционных, процедурных, смотровых кабинетах и прочих помещениях), а также в палатах строго запрещено.

Я обязуюсь не проводить фото-, видеосъемку, аудиозапись, и не использовать материалы, полученные в ходе учебного процесса и для его целей, для распространения в сети Интернет.

Я предупрежден(а), что лица, которым по закону переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с врачами и фармацевтами несут за ее разглашение дисциплинарную, гражданско-правовую и (или) уголовную ответственность.

Настоящее обязательство подписано мной добровольно, без какого-либо давления, его положения разъяснены в доступной для меня форме и понятны.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)