

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, ФИО пациента, дата рождения, Паспорт гражданина РФ, серия: _____, № _____, выдан: (дата выдачи), кем выдан, № подр. _____, зарегистрирован по адресу: (адрес регистрации), (телефон)
почтовый адрес для направления ответов на обращения, медицинской документации:

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку ООО «МедГарант Девяткино», юридический адрес: 188678, Ленинградская обл., Всеволожский р-н, г. Мурино, бульвар Менделеева, д. 9, корпус 1, помещение 4-Н (далее — Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной Потребителя, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Настоящим даю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, предоставления иных сведений, в том числе результатов медицинского исследования, медицинской документации и прочей информации путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки.

Желаю получать медицинскую документацию, составляющую врачебную тайну на следующий адрес электронной почты*:

Настоящим даю согласие на фотосъемку меня (представляемого мной Потребителя) в целях ведения фотопrotocolов лечения, с правом предоставления фотографий в зуботехническую лабораторию.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ в страховую медицинскую организацию, другие медицинские организации, принимающие участие в оказании медицинской услуги, зуботехнические лаборатории), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В соответствии со статьей 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

даю согласие

на передачу медицинской документации в форме электронных документов в подсистему «Федеральный реестр электронных медицинских документов» Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (РЭМД ЕГИСЗ).

Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов и составляет не менее 25 (двадцати пяти) лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в порядке и сроки, определенные Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

В случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия Потребителя, его законного представителя при наличии оснований, указанных в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

В соответствии с частью 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Потребитель дает согласие на разглашение Исполнителем сведений, составляющих врачебную тайну в отношении себя / в отношении лица, чьим законным представителем я являюсь (подчеркнуть нужное) в том числе сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья (здоровья лица, чьим законным представителем я являюсь), диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, а также разрешаю предоставление медицинской документации (их копий) и выписку из них следующему лицу(ам):

Передачу сведений, составляющих врачебную тайну, разрешаю осуществлять указанному(ым) выше лицу(ам) следующими способами:

лично

по почте:

на электронную почту *: _____

по телефону: _____

* В случае выбора способа получения запрашиваемых документов (в том числе составляющих врачебную тайну) посредством их направления на электронную почту, я уведомлен(а), что информация будет направляться по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Клиника не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам.

В случае изменения каких-либо контактных данных обязуюсь немедленно сообщить об этом Клинике, в противном случае все риски, связанные с разглашением любой информации третьим лицам (в том числе составляющим врачебную тайну) несу самостоятельно.

Потребитель (или его законный представитель) _____ ФИО пациента
подпись

дата