

СОГЛАСИЕ

пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (-аяся) {ФамилияИмяОтчество}, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27,07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «МИР УЛЫБКИ» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: в том числе - фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактные телефон(ы), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, результаты диагностических исследований, изображение лица, полости рта и зубов, полученное с помощью фото- и видеоприборов; в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также право информировать меня о работе и услугах Оператора. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Разрешаю Оператору использовать и публиковать мои биометрические данные в обезличенном виде в научных и рекламных целях.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями и другие органы власти и организации осуществляющие контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие действует бессрочно. 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 моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной _____
(Ф.И.О.)

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата: {ТекущаяДатаПолная} г

**Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи**

Я, {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения} г. рождения, зарегистрированный по адресу: {АдресРегистрации}, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «МИР УЛЫБКИ».

Медицинский работник: врач-стоматолог {ФамилияИмяОтчествоВрача} в доступной для меня форме мне разъяснил цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Проинформирован(-а) медицинским работником о необходимости оказания медицинской помощи по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях в период повышенной заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией COVID-19. О рисках инфицирования новым коронавирусом COVID-19 во время получения медицинской помощи с учётом сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки проинформирован.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) {ФамилияИмяОтчество}
(Ф.И.О. гражданина)

(подпись) {ФамилияИмяОтчествоВрача}
(Ф.И.О. медицинского работника)

{ТекущаяДатаПолная} г

