Согласие на обработку, передачу и использование персональных данных

Я (Пациент): _____

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Телефон:_____

ФИО Представитель: _____

Адрес: _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 07.200бг «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными работниками ООО Медицинский центр «Резус-Фактор» (далее по тексту Оператор) моих и лица, законным представителем которого я являюсь, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, перечень, вид, условия, срок и объем оказанной медицинской помощи, стоимость медицинских услуг, даты оказания медицинских услуг, результат обращения за медицинской помощью, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу - в медикопрофилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные и лица, законным представителем которого я являюсь, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора. Представляю Оператору право осуществлять все необходимые действия (операции) с моими персональными данными или лица, законным представителем которого я являюсь, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и лица, законным представителем которого я являюсь, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

В целях исполнения оператором обязательств по ***настоящему Договору*** с Заказчиком оказываемых мне медицинских услуг я предоставляю Оператору право на передачу Заказчику моих персональных данных, в том числе информации, составляющей врачебную тайну, в объеме, необходимом для исполнения ***настоящего Договора.*** Передача, указанной информации может быть осуществлена, в том числе, но не исключительно, с использованием машинных носителей или по каналам связи. Срок хранения моих персональных данных и лица, законным представителем которого я являюсь соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

«Настоящее согласие действует бессрочно. Я или законный представитель, уведомлен Оператором, что могу отозвать настоящее Согласие путем подачи письменного заявления Оператору на бумажном носителе. В случае получения моего или моего законного представителя письменного заявления об отзыве настоящего Согласия, Оператор обязуется прекратить обработку моих персональных данных и моего законного представителя.

Ф.И.О._____/_____/

«Настоящим выражаю свое согласие на рассылку по электронной почте и/или sms сообщений с информацией по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении (об отмене или изменении) даты и времени записи на прием»

Ф.И.О. _____/_____/

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 (Пациент): _____

Дата рождения: _____

Адрес: _____

ФИО Представитель: _____

Адрес: _____

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. № 390н ***(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 240S2) (далее - Перечень), для получения*** (***поставить*** **галочку)**

- первичной медико-санитарной помощи
- получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

в **Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Центр «Резус-Фактор»**

полное наименование организации

Медицинским работником: _____

должность, Ф.И.О. медицинского работника

в доступной для меня форме мне разъяснены 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. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (***Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48. ст. 6724; 20/2, № 26, ст. 3442, 3446).*** Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, ***(поставить галочку)***

- первичной медико-санитарной помощи
- получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

Ф.И.О._____/_____/

Дата