

ФОТОПРОТОКОЛ ПАЦИЕНТА

ФИО пациента	✓
Дата рождения	✓
Дата обращения пациента в медицинскую организацию	✓
Состояние пациента до момента обращения в медицинскую организацию:	✓ Дата съемки: «__» _____ 20__ г. Модель и серийный номер устройства: _____
Вид медицинского вмешательства и дата его проведения	
Состояние пациента после медицинского вмешательства в медицинской организации:	✓ Дата съемки: «__» _____ 20__ г. Модель и серийный номер устройства: _____

Подпись лица, составившего фотопротокol пациента: _____ / ФИО

Подписываясь ниже:

Я выражаю согласие ООО «Бриллиант», 191126, Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 12/12, лит. А, пом. 25-Н (ИНН 7840056308, ОГРН 1167847347799), действующее на основании бессрочной лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01148-78/00312992 от 27.03.2017, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, info@roszdravnadzor.gov.ru), на проведение фотосъемки, хранение полученных фотографий на компьютере медицинской организации в целях оценки достигнутых результатов, использование фотографии (-ий) при возникновении спорных ситуаций.

Я подтверждаю, что в указанные дату и время в отношении меня была проведена фотосъемка лечащим врачом ООО «Бриллиант».

✓ Подпись пациента: _____ / ФИО

Я выражаю согласие «Бриллиант», 191126, Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 12/12, лит. А, пом. 25-Н (ИНН 7840056308, ОГРН 1167847347799), действующее на основании бессрочной лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01148-78/00312992 от 27.03.2017, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, info@roszdravnadzor.gov.ru), на использование фотографий, полученных в ходе съемки, в коммерческих целях, в том числе для размещения в социальных сетях медицинской организации ООО «Бриллиант» (ВКонтакте и иные).

✓ Подпись пациента: _____ / ФИО