



СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

г. Самара, ул. Арцыбушевская,
дом 45, этаж № 2, помещение н10
тел. +79270160208

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье), биометрических данных

Я, {ФамилияИмяОтчество},

(фамилия, имя, отчество полностью лица, достигшего 18-его возраста)

{Паспорт}. Проживающий (ая) по адресу: {АдресРегистрации}, {ДатаРегистрации}

руководствуясь ст. ст. 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих специальных категорий персональных данных и биометрических данных в медицинскую организацию Level в лице ИП Боков Алексей Николаевич (находящемуся по адресу, г. Самара, Ленинский район, ул. Арцыбушевская, дом 45, этаж № 2, помещение н10, ИНН 633066474877, ОГРН 324632700136616) (далее – Оператор), а также на обработку указанных данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь и в отношении, которого принимаю решения (по тексту – Пациент) ¹:

(ФИО полностью, дата рождения, данные свидетельства о рождении (паспортные данные), адрес)

для предоставления медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих данных и данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение данных, следующей информации: сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, видеоизображения, фотоизображения, голоса.

Обработка данных о моем здоровье и здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, биометрических данных может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и лечения, а также страховым компаниям, чьим клиентом является Пациент, в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Срок хранения моих персональных данных или данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации на указанную электронную почту: {Представитель Email}.

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: {ТекущаяДата} года

Подпись: _____ / _____ /