Согласие на обработку персональных данных

Я,	СНИЛС	г. рождения,	
зарегистрированный по адресу:			
Раздел заполняется законным представит	елем лица, не достигшего возраста 18 лет или признанного		
недееспособным, представителем по довер	• • • •		
в отношении	оживания не по месту жительства законного представителя)	: рождения,	
зарегистрированного по адресу (в случае пре	оживания не по месту жительства законного представителя)		
Реквизиты документа, подтверждающего по	лномочия представителя:		
на обработку моих персональных данных автоматизации ООО «Клиника «Добрый Калининград, ул. Красная, д.87, ИНН 39 лицу) медицинских услуг и иных услуг, в т предоставления сведений страховым компа законодательством отчетности в отношении Перечень персональных данных, на место рождения, адрес, паспортные данных положение, место работы и занимаемая информация, содержащаяся в принадле (представляемому мной лицу) документах и В отношении указанных персональных статьи 3 Федерального закона от 27.07.200 накопление, хранение, уточнение (обновлен обезличивание, блокирование, удаление, ун иных действий, предусмотренных дейставтоматизации, так и без использования указанных в настоящем согласии, в т.ч. рентгеновских снимков при соблюдении ано Настоящее согласие действует со установленный действующим законодательсменее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва с	а обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, ге, СНИЛС, гражданство, данные о состоянии здоровья, семей должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМО ожащих мне (представляемому мной лицу) и/или отном иных источниках (фотографии, рентгеновские снимки). пх данных я даю согласие на совершение действий, предусмот 6 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись ие, изменение), извлечение, использование, передачу (предоста ичтожение персональных данных, удаление, уничтожение персовующим законодательством, совершаемых как с использаковых, в том объеме, который необходим для достижения на использование в научных и обучающих целях ультрази нимности (т.е. без указания Ф.И.О.). при подписания до дня его отзыва либо на срок хранен ством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменногласия. перкнуть) на получение сообщений посредством SMS-сообще	взованием средств иградская обл., г. ставляемому мной кой документации, ния установленной пол, возраст, дата и йное и социальное С (ДМС), другая сящихся ко мне пренных пунктом 3 о, систематизацию, въление, передачу), ональных данных, зованием средств целей обработки, зуковых-, фото- и ия документации, ного заявления. не	
«» г.			
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство			
Я,	" "	г. рождения,	
(ФИО и дата рож,	дения гражданина либо законного представителя)		
зарегистрированный по адресу:			
проживающий по адресу:	и гражданина либо законного представителя)		
	лучае проживания не по месту регистрации)		
в отношении	ента при подписании согласия законным представителем)	г. рождения,	
•	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
проживающего по адресу:	ния не по месту жительства законного представителя)		
даю информированное добровольное соглавидов медицинских вмешательств, на котор медицинской организации для получения здравоохранения и социального развития вмешательств, включенных в Перечень),	сие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечые граждане дают информированное добровольное согласие прервичной медико-санитарной помощи, утвержденный прика: Российской Федерации от 23 апреля 2012г. N390н (далее — в для получения первичной медико-санитарной помощи/полученным представителем которого я являюсь (ненужное за	ри выборе врача и зом Министерства виды медицинских нения первичной	
Медицинским работником			
(должность, ФИО 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(ФИО гражданина, контактный телефон)	(ФИО гражданина, контактный телефон) (подпись, ФИО гражданина или его законного представителя, телефон)	
	(подпись, ФИО медицинского работника)	предетавителя, телефоп)
"г.		
Согласие на п	передачу персональных данных в ЕГИСЗ	
	СНИЛС	г роупения
зарегистрированный по адресу:	CHASIC	1. рождения,
Документ, удостоверяющий личность		
Разлел заполняется законным представителем	м лица, не достигшего возраста 18 лет или призна	нного
недееспособным, представителем по доверенн		
в отношении		г. рождения,
зарегистрированного по адресу (в случае прожи	вания не по месту жительства законного представите	еля)
Реквизиты документа, подтверждающего полном	мочия представителя:	
медицинской деятельности (за исключением удругими организациями, входящими в частную с и признании утратившими силу некоторых актов согласен на передачу следующих моих персональных да «Добрый докторь», расположенному по адрест з906395233, ОГРН 1203900012414, в ЕГИСЗ (Едения) перечень персональных данных: фамиданные, СНИЛС, гражданство, семейное и сотелефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), Свед лекарственных препаратах с указанием средст специализированных продуктах лечебного питоспитализацию для оказания высокотехнолого пациентов в федеральную медицинскую орга организацию, выписка из медицинской докумен (или) его законного представителя), Сведения помощи, Сведения об отказе в госпитализации оказания высокотехнологичной медицинской дальнейшему наблюдению и (или) лечению медицинских противопоказаний к владению орусредств, психотропных веществ и их метабо освидетельствования и об аннулировании противопоказаний к владению оружием (приперинатальной смерти (далее - документ о сметами сметальной смерти (далее - документ о сметами сметальной смерти (далее - документ о сметами сметами сметальной смерти (далее - документ о сметами сме		скими организациями и иного центра "Сколково") ———————————————————————————————————
Иные сведения федеральных информационных регистров в сфере здравоохранения, предусмотр Настоящее согласие действует со дня установленный действующим законодательство	и, сведения о родившемся, предусмотренные формо систем в сфере здравоохранения, федеральных базвенные нормативными правовыми актами Российской подписания до дня его отзыва либо на срок эмм. Отзыв согласия осуществляется путем подачи пи согласия. Дальнейших претензий к ООО «Клиник	з данных и федеральных й Федерации. кранения документации, ксьменного заявления. не
« » 2024 г.		