

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____ СНИЛС _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
Документ, удостоверяющий личность _____

Раздел заполняется законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет или признанного недееспособным, представителем по доверенности (иному документу)!

в отношении _____ г. рождения,
зарегистрированного по адресу (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) _____

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя: _____

в соответствии со статьями 9, 10, 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) с использованием средств автоматизации **ООО «Клиника «Добрый доктор»**, расположенному по адресу: **236023, Калининградская обл., г. Калининград, ул. Красная, д.87, ИНН 3906395233, ОГРН 1203900012414**, в целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации, отражения информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, данные о состоянии здоровья, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), другая информация, содержащаяся в принадлежащих мне (представляемому мной лицу) и/или относящихся ко мне (представляемому мной лицу) документах и иных источниках (фотографии, рентгеновские снимки).

В отношении указанных персональных данных я даю согласие на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, передачу), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии, в т.ч. на использование в научных и обучающих целях ультразвуковых-, фото- и рентгеновских снимков при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О.).

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления. не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

Согласен / не согласен (нужное подчеркнуть) на получение сообщений посредством SMS-сообщений, сообщений в мессенджерах, мобильных приложениях, социальных сетях.

« ____ » _____ г. _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ " ____ " _____ г. рождения,
(ФИО и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ " ____ " _____ г. рождения,

(ФИО и дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 2012г. N390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Клиника «Добрый доктор».

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)

" ____ " ____ г.

Согласие на передачу персональных данных в ЕГИСЗ

Я, _____ СНИЛС _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

Документ, удостоверяющий личность _____

Раздел заполняется законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет или признанного недееспособным, представителем по доверенности (иному документу)!

в отношении _____ г. рождения,

зарегистрированного по адресу (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) _____

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя: _____

в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ»

согласен _____ (подпись) или **не согласен** _____ (подпись)

на передачу следующих моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) **ООО «Клиника «Добрый доктор»», расположенному по адресу: 236023, Калининградская обл., г. Калининград, ул. Красная, д.87, ИНН 3906395233, ОГРН 1203900012414**, в ЕГИСЗ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения).

Перечень персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), Сведения о заболеваниях (состояниях), Сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи), специализированных продуктах лечебного питания, Сведения об оказанной медицинской помощи, Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, Документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию (направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), Сведения, содержащиеся в талоне на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, Сведения об отказе в госпитализации или о необходимости изменения плановой даты госпитализации, Результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, Сведения о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования и об аннулировании действующего медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием (при наличии такого заключения), Медицинское свидетельство о смерти и перинатальной смерти (далее - документ о смерти), сведения об умершем лице, предусмотренные формой документа о смерти, Медицинские свидетельства о рождении, сведения о родившемся, предусмотренные формой документа о рождении. Иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления, не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия. Дальнейших претензий к ООО «Клиника «Добрый доктор» по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

« ____ » _____ 2024 г.