Согласие на обработку персональных даннных

Я,_ _____

Паспорт: серия_____ **номер**_____

Выдан кем: _ _____

Дата выдачи: _____

в соответствии с требованиями ст. 9 федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ОНИКС» (далее - Клиника) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в научных целях при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным соблюдать врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и моего лечения, в научных и организационных целях клиники. Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, научную и статистическую обработку, данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Разрешение на передачу информации о состоянии здоровья (заболевании).

Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации

Я ___ _____

разрешаю давать информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагноз и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье) только следующим лицам:

Ф. И. О. лица/лиц, уполномоченного/ных/ получать информацию

(подпись пациента или законного представителя)

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « __» _____ 2022 года и действует бессрочно.

Прошу информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагноз и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье) направлять по электронной **почте:**

_____

На передаче результатов выполненных мне лабораторных и инструментальных исследований и заключений специалистов открытым и незащищенным каналом (способом) настаиваю. О возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации предупрежден. Претензий к ООО «ОНИКС» в области связи и информации не имею

Ф.И.О._____ _____ Подпись_____

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 роспись представителю Клиники.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных, Клиника обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Ф.И.О._____ _____ Подпись_____

Информирование о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Я, _ ____ _____ _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

Информирован (а)

о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС)

Я информирован, что ООО « ОНИКС» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает медицинскую помощь возмездно.

Ф.И Подпись