

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО «___»

Я, _____, зарегистрированный по адресу _____, паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____, являясь Пациентом в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «___» ИНН _____ (далее – Оператор) персональных данных моих и Пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа удостоверяющего личность, регистрации и проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ДМС, реквизиты СНИЛС, данные о состоянии здоровья Пациента, его заболеваниях, биометрических данных (физиологических и биологических характеристиках, позволяющих идентифицировать личность: фотографии, снимки, слепки и т.д.), случаях обращения за медицинской помощью, (а также подтверждаю свое согласие на информирование меня Оператором посредством телефонной, почтовой связи, смс-сообщениями и/или электронными письмами), в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка указанных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью (медицинским работником Оператора) и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи Пациенту я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения, оказания Пациенту медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, единую государственную информационную систему здравоохранения, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе, но не ограничительно, по договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе (в том числе, но не ограничительно, по договорам ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными Пациента (в том числе, но не ограничительно, со страховой медицинской организацией) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных и персональных данных Пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных и персональных данных Пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Одновременно даю согласие на использование информации о заболевании Пациента, фотографии зубов и полости рта Пациента, использование рентгенологических снимков Пациента, для публикаций на сайте SKYDENT, в соцсетях и в специальной литературе, в учебных целях без использования моих персональных данных и персональных данных Пациента.

Настоящим не возражаю против осуществления видеонаблюдения посредством использования видеокамер, установленных в стоматологической клинике Skydent и направленных на обеспечение безопасности лечебного процесса, поддержания трудовой дисциплины и порядка, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случае их возникновения.

Также я понимаю, что в случаях, установленных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, могут быть переданы без согласия гражданина или его законного представителя.

Пациент дает свое согласие на направление результатов медицинской деятельности, в том числе промежуточной, включая, но не ограничиваясь сведениями о заболевании, снимки, истории болезни и иные документы, направлять по просьбе Пациента на электронный адрес Пациента, указанный в настоящем согласии, без использования защищенных каналов связи и иных средств шифрования. Всю ответственность за получение и последующее использование данных сведений несет Пациент и/или указанный им получатель – владелец электронного почтового ящика.

О вышеуказанном Пациент уведомлен и полностью согласен.

_____ подпись Пациента.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует 25 лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон _____

Адрес электронной почты _____

Подпись пациента _____

Согласен получать информацию об услугах
ООО «___»: в виде смс-сообщений или электронных писем
Подпись _____

Не согласен получать информацию об услугах
ООО «___»: в виде смс-сообщений или
электронных писем
Подпись _____

