

УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА
(заполняется перед заключением договора на оказание услуг)

Я, нижеподписавшийся(-аяся), _____
в соответствии с п.15. «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 уведомлен(а), о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого лица).

Я также информирован(а) о том, что согласно ч. 3 ст. 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Пациент (подпись) _____

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

?? соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ?? (в дальнейшем - «Исполнитель») моих

??персональных, в том числе биометрических, данных необходимых для оказания медицинских услуг в соответствии с заключенным между мною и Исполнителем договором на оказание платных медицинских услуг, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии

??, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, физиологические, биологические характеристики, позволяющие идентифицировать

?? (фотографии, отпечатки пальцев, снимки, слепки и пр.) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем

?? медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать

??персональные, включая биометрические, данные

??, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах

??обследования и лечения

??.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с

??персональными данными

??, биометрическими данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе посредством использования информационных систем.

Исполнитель вправе обрабатывать

??персональные данные

?? для получения государственной и оперативной статистической отчетности, оказывающими руководящую, регламентирующую и методическую помощь Исполнителю, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС, на оказание ПМУ.

Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по договорам ДМС, на оказание ПМУ на обмен (прием и передачу)

??персональными данными

?? 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 соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (амбулаторной карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача

??персональных данных

?? иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Исключение составляют основания, указанные в законодательстве, при наличии которых получение предварительного согласия не требуется, в том числе согласно п. 2 ст. 10, Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", обработка специальных категорий персональных данных, указанных в части 1 статьи 10, допускается при отсутствии согласия пациента в случаях, если: обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях

установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной

?? до этого медицинской помощи.

Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» Исполнитель имеет право продолжить обработку данных о

??здоровье

?? в указанных 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

??здоровье

??, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарно-эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

Я проинформирован и согласен с тем, что согласно ст. 78, Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Исполнитель имеет право: создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

??

Проживающий(-ая) по адресу:

??

??

Тел.:

??

??

??

(подпись)