

# СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся) <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>, паспорт <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР>, выдан <ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ> <ПАСПОРТ\_ВЫДАН>, адрес: <П\_АДРЕС>, Телефон: <ПАЦИЕНТ\_ТЕЛЕФОН>, <ПАЦИЕНТ\_EMAIL>

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ» Об основах охраны здоровья граждан в РФ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Призвание»(443086, г. Самара, ул. Ерошевского, д.20) (далее-Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>, включающих: фамилия, имя, отчество; пол, год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; адрес электронной почты; адрес регистрации; номер телефона; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа свидетельства о рождении ребенка, место работы с названием организации и должности; СНИЛС; степень родства; реквизиты полиса ДМС; сведения о состоянии здоровья; диагноз заболевания; принадлежность к социальной группе, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои (представляемого мной лица) персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего(представляемого мной лица) обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); блокирование; обезличивание; удаление; уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, смешанным способом. с передачей по внутренней сети юридического лица; с передачей по сети Интернет

Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг, осуществлять обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией-заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей или по каналам связи, и (или в виде бумажных носителей, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я также даю/~~не даю~~ (ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылке мне SMS сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование, другой информации (на указанный мной номер мобильного телефона).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет для поликлиники. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и до достижения указанных целей обработки персональных данных и последующих сроков хранения документов, установленных действующим законодательством РФ. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет на бумажном носителе.

Настоящее согласие и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (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.

Подпись субъекта персональных данных (или его законного представителя)

Дата: <ДАТА>

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, <ПАЦИЕНТ\_ЗП\_ФИО\_ПОЛНОЕ> <ПАЦИЕНТ\_ЗП\_ДАТА\_РОЖДЕНИЯ> г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: <ПАЦИЕНТ\_ЗП\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>

проживающий по адресу: <ПАЦИЕНТ\_ЗП\_АДРЕС\_ФАКТИЧЕСКИЙ>

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ> <ПАЦИЕНТ\_ДАТА\_РОЖДЕНИЯ> г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: <ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>

(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 2012 г. № 390н1 (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 «Призвание»

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-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:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

<ПАЦИЕНТ\_ЗП\_ФИО\_ПОЛНОЕ>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.