

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

паспорт серия _____ № _____, выдан _____
 _____ « ____ » _____ г., проживающий(ая) по адресу

подтверждаю, что в соответствии с требованиями ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь, _____ **Ф.И.О.**, _____ года рождения /матерью, отцом, опекуном, иное - подчеркнуть/, согласно документа: Доверенности № _____ от _____, Свидетельства о рождении серия _____ № _____, выданного _____ « ____ » _____

медицинских услуг в клинике **ООО «.....»** (ИНН, г. Екатеринбург, ул.....) (далее – **Оператор**),

даю свое согласие **Оператору на обработку моих персональных данных/ персональных данных представляемого лица**, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение .

Перечень обрабатываемых персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата рождения; пол (м/ж); контактный телефон; номер, серия, дата выдачи основного документа, удостоверяющего личность и сведения о выдавшем его органе; адрес места регистрации, места фактического проживания; номер, серия, дата выдачи документа, удостоверяющего полномочия законного представителя, сведения о выдавшем его органе; сведения об обращении в медицинскую организацию; номер амбулаторной карты; сведения о состоянии здоровья, в том числе диагноз, анамнез, результаты обследования и лечения.

Обработка персональных данных может осуществляться Оператором с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, а также для ведения внутреннего учета Оператора.

Я разрешаю проведение аудиозаписи, видеонаблюдения в местах общего доступа, открыто, с целью контроля количества и качества оказываемых пациентам услуг, обеспечения личной безопасности работников и пациентов, сохранности имущества, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечения объективности расследования в случаях их возникновения.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) персональных данных со страховой медицинской организацией, по направлению которой оказываются (оказаны) медицинские услуги; со сторонними организациями, непосредственно участвующими в оказании медицинских услуг по изготовлению ортопедических, ортодонтических конструкций, а также участвующим в производстве оплаты мне /представляемому лицу за медицинские услуги, с использованием машинных носителей, по каналам связи или иным способом с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право использовать персональные данные (в том числе медицинскую документацию) для ознакомления представителем страховой организации, эксперту страховой организации для контроля объема и качества предоставленных мне (представляемому лицу) услуг; для проведения экспертизы качества оказанной медицинской услуги независимыми специалистами, привлеченными к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

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

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои/представляемого лица персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам: близким родственникам (с указанием родства), иным лицам:

 (степень родства ; фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

Подпись пациента/законного представителя пациента: _____ « ____ » _____ 20__ г.