

СОГЛАСИЕ пациента на обработку его персональных данных

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

в связи с обращением в стоматологическую клинику _____
расположенную по адресу г. Екатеринбург, ул. _____,
(далее — **Оператор**) для получения медицинских услуг подтверждаю, что в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку, а именно: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение Оператором моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, биометрические данные (зубная формула) следующим лицам:

- врачам, т.е. лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну,
- должностным лицам Оператора - директору и главному врачу для использования персональных данных в интересах моего обследования и лечения; решения вопроса по контролю качества оказанной мне помощи;
- администраторам - для внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных медицинских данных;
- бухгалтеру - для составления реестров, актов выполненных работ по оказанным мне услугам для выставления счетов на оплату услуг в системе ОМС (по договору ДМС);
- юристконсульту - для решения вопроса по контролю качества оказанной мне помощи;
- системному администратору - для составления статистических отчетов по предоставленным медицинским услугам, по видам выполненных работ.

Обработка персональных данных может осуществляться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией, по направлению которой мне были оказаны медицинские услуги с использованием машинных носителей или по каналам связи 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 мои персональные данные (в том числе медицинскую документацию) для ознакомления представителем страховой организации, эксперту страховой организации для контроля объема и качества предоставленных мне услуг;

для проведения экспертизы качества оказанной мне медицинской услуги независимыми специалистами, привлеченными к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ.

Разрешаю предоставлять данные о состоянии моего здоровья, плане и ходе лечения следующим лицам:

- 1) _____
ФИО, степень родства (если не родственник, то указать кем приходится пациенту)
- 2) _____
ФИО, степень родства (если не родственник, то указать кем приходится пациенту)
- 3) _____
ФИО, степень родства (если не родственник, то указать кем приходится пациенту)

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 5 лет.

Передача моих 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, 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.

Подпись пациента _____

« _____ » _____ 20 _____ г.



СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____ паспорт серия, № _____, выдан _____, _____ г., проживающий(ая) по адресу _____

являясь законным представителем - _____ /матерью, отцом, опекуном/ ребенка _____ Ф.И., _____ года рождения, что подтверждается Свидетельством о рождении серия _____ № _____ выданным _____ « _____ » _____ г.,

в связи с обращением в стоматологическую клинику _____, расположенную по адресу г. Екатеринбург, ул. _____,

(далее — **Оператор**) для получения медицинских услуг подтверждаю, что в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку, а именно: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение Оператором персональных данных ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, биометрические данные (зубная формула) следующим лицам:

- врачам, т.е. лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну,
- должностным лицам Оператора - директору и главному врачу для использования персональных данных в интересах обследования и лечения; решения вопроса по контролю качества оказанной помощи;
- администраторам - для внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных медицинских данных;
- бухгалтеру - для составления реестров, актов выполненных работ по оказанным услугам для выставления счетов на оплату услуг в системе ОМС (по договору ДМС);
- юрисконсульту - для решения вопроса по контролю качества оказанной помощи;
- системному администратору - для составления статистических отчетов по предоставленным медицинским услугам, по видам выполненных работ.

Разрешаю предоставлять данные о состоянии здоровья моего ребенка, плане и ходе лечения следующим лицам:

- 4) _____
Ф.ИО, степень родства (если не родственник, то указать кем приходится пациенту)
- 5) _____
Ф.ИО, степень родства (если не родственник, то указать кем приходится пациенту)

Обработка персональных данных может осуществляться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой организацией, по направлению которой были оказаны медицинские услуги с использованием машинных носителей или по каналам связи 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 ребенка (в том числе медицинскую документацию) для ознакомления представителем страховой организации, эксперту страховой организации для контроля объема и качества предоставленных 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) и составляет 5 лет.

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, 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 до этого медицинской помощи.

Подпись законного представителя _____ « _____ » _____ 20 _____ г.