

Согласие

пациента на обработку персональных данных

Я, _____

проживающий по адресу: _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

«__» _____ (когда выдан паспорт) в соответствии с требованиями ст.9 № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «МК Доктор-Про», расположенной по адресу: 344011 г. Ростов-на-Дону, пр-кт Северса 32 н/п 4 (далее-Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями ст. 10 № 153-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

-при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматических информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

-с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные данные и их передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет 25 лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) с следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших известными мне фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Подпись пациента _____ Ф.И.О. пациента _____

Согласие получено «__» _____ 2020 г.

Уполномоченный представитель медицинской организации _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, объем и условия оказываемых платных медицинских услуг

Я, _____ проживающий по адресу: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ кем и когда выдан _____

Желаю получить платные медицинские услуги в Клинике Доктор Проф (ООО «Медицинская клиника Доктор-Про»)
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. N 390н (далее - Перечень), для получения в Клинике Доктор Проф (ООО «Медицинская клиника Доктор-Про») **первичной и специализированной медико-санитарной помощи / получения первичной и специализированной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь**
1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

-Мне, согласно моей воле, дали полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья предоставляемого).

-Я согласен на проведение контрольных фотоснимков до, в процессе и после лечения для сравнительной оценки результатов, на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении пациента, в том числе – слайдов, фотографий, видео, отзывов, мнения и т.д., для тиражирования, изучения другими специалистами, для научных целей в публикациях, на врачебных обществах, сайте, социальных сетях клиники в интернет и т.д. при строгом условии: анонимности, без указания ФИО.

-Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике Доктор Проф (ООО «МК Доктор-Про») и обязуюсь их соблюдать.

Дополнительная информация:

- я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты, другие методы лечения, немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приемы любых, не прописанных лекарств;
- я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинских препаратов и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе, о хронических заболеваниях, об аллергических проявлениях и индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого), во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах;
- я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Врач _____ (должность) / _____ (Ф.И.О.)

« _____ » _____ (дата оформления) 2020г.