

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,
ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ В ЕГИС**

Я, _____
_____ (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Дата рождения: " ____ " ____ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: _____

_____ (адрес регистрации по месту жительства)

фактически проживающий(ая) по
адресу: _____

_____ (адрес проживания)

документ, удостоверяющий личность _____

_____ (наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер,
сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

СНИЛС

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

в соответствии с требованиями [статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ](#) и [Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](#), даю свое согласие на обработку моих персональных данных Обществом с ограниченной ответственностью «ДОКа», расположенного по адресу: г. Азов, ул. Севастопольская, дом. 3

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по договорам ДМС.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

Работодатель _____

Супруг(а) _____

Мать _____

Отец _____

Сын _____

Дочь _____

Иные лица _____

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

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и 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.

Подпись пациента/законного представителя пациента: _____ / _____

ФИО _____ (подпись) _____ (расшифровка)

Дата: _____ " _____ " _____ 202 _____ г.

Пациент подписался в моем присутствии: _____ / _____

(подпись _____ (расшифровка с указанием
врача) _____ должности)

Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано пациенту вслух _____
(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем присутствии:

Подпись _____ ФИО, должность _____
удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

Подпись _____ ФИО, должность _____

Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения

(указать в чем состоит тяжесть)

не может прочесть и подписать данное согласие.

Решение об общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - пункты 9, 10 статьи 20 ФЗ-323 от 21 ноября 2011 г.

Врач _____ ООО «ДОКа»

Подпись _____ ФИО

Врач _____ ООО «ДОКа»

Подпись _____ ФИО

Врач _____ ООО «ДОКа»

Подпись _____ ФИО

Согласие на обработку персональных данных для информирования пациента об услугах и записи

Я, _____
(Ф. И. О.)

(адрес)

(номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

В _____ лице _____ законного _____ представителя _____ (при _____ наличии)

(Ф. И. О.)

(адрес)

(номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) Обществу с ограниченной ответственностью «ДОКа», располагающемуся по адресу: 346780, г. Азов, улица Севастопольская, дом 3 (далее – Оператор).

Целью обработки персональных данных является уведомление об услугах и напоминание о записи на прием.

Перечень персональных данных, которые передаются Оператору на обработку: фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес; номер телефона; e-mail.

Я даю согласие на совершение действий, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления Оператору не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

«_____» _____ 2023г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение № ____ от " __ " _____ 2023г

к Договору оказания платных медицинских услуг

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, {{ Пациент.Фамилия }} {{ Пациент.Имя }} {{ Пациент.Отчество }}, паспорт серия _____

№ _____ дата выдачи: _____ выдан _____

_____ . Адрес: {{ Пациент.Короткий адрес }}.

Телефон: {{ Пациент.Телефон }}, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, органы опеки, представитель учреждения, на попечении которого находится несовершеннолетний) несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее Пациент)

(указать Ф.И.О. несовершеннолетнего, дату рождения),

в соответствии со статьями 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», **подтверждаю свое согласие на обработку Обществу с ограниченной ответственностью «ДОКа»,** располагающемуся по адресу: 346780, г. Азов, улица Севастопольская, дом 3 (далее – Оператор) **моих персональных данных,** персональных данных представляемого мной

(Ф.И.О.)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, место работы, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, страхового полиса, реквизитов доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя или лица законного представителя; персональных данных моего ребенка: а именно: фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса места регистрации, место учебы, данных паспорта (свидетельства о рождении), данных полиса обязательного медицинского страхования, страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС), информации о состоянии его здоровья, анамнестических сведениях, случаях обращения за медицинской помощью, сведениях о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку его персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке персональных данных вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных действующим законодательством на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача будут осуществляться с использованием бумажных 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 пятьдесят лет. По истечении указанного срока хранения персональных данных Оператор обязан уничтожить все персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Предоставляю ООО «ДОКа» право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, на срок хранения медицинской документации.

Настоящее согласие дано мной " __ " _____ 202__ г. и 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 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

Сведения в электронную базу данных внесены:

Регистратор _____/_____

Подпись,

ФИО

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т.ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

(ФИО полностью, контактный телефон)

(ФИО полностью, контактный телефон)

Пациент (или его законный представитель) _____

(Подпись, фамилия, инициалы)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Дата: " ____ " _____ 202 ____ г.