

Согласие на обработку персональных данных

Я, [КлиентФамилия] [КлиентИмя] [КлиентОтчество]
 паспорт № [КлиентПаспортСерия] номер [КлиентПаспортНомер]
 Выдан [КлиентПаспортВыдан] [КлиентПаспортДатаВыдачи], зарегистрированный(ая)
 по адресу: [КлиентГород] [КлиентУлица] [КлиентДом] [КлиентКвартира]

<p>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:</p> <p>Я, _____ паспорт: _____ выдан _____</p>
<p>являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)</p>

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", свое волей и в своем интересе выражаю ООО ЛЕЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОМУ ЦЕНТРУ «ОРМЕДИУМ» (далее – Общество), зарегистрированному по адресу: Российская Федерация, Республика Башкортостан, город Нефтекамск, улица Социалистическая, дом 93, свое согласие на обработку, предполагающую сбор (непосредственно от клиента, от третьих лиц, путем направления запросов в органы государственной власти, органы местного самоуправления, из иных общедоступных информационных ресурсов, из архивов), запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих **персональных данных**, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись Пациента/Законного представителя _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, [КлиентФамилия] [КлиентИмя] [КлиентОтчество]
 [КлиентДатаРождения] г. рождения, зарегистрированный по адресу: [КлиентГород]
 [КлиентУлица] [КлиентДом] [КлиентКвартира]

<p>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:</p> <p>Я, _____ паспорт: _____ выдан _____</p>
<p>являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)</p>

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, в ООО ЛЕЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ «ОРМЕДИУМ».

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество 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 РФ».

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 РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

[КлиентФИО] [КлиентМобТелефон]

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

[КлиентФИО]

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

[ТекущаяДата]

