

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся
проживающий по адресу: _____,
документ _____, в соответствии с
требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО МЦ
«ВИТАЛОНГ – Клиника Холода», адрес ТОЛЬЯТТИ, АВТОЗАВОДСКИЙ РАЙОН, УЛ. СВЕРДЛОВА, 24А (далее - Оператор), моих персональных
данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты
полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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.

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

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими представление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со следующими организациями: страховыми медицинскими организациями Самарской области, территориальным фондом ОМС Самарской области, ООО «Информационно-медицинский центр», с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться с соблюдением всех требований по обеспечению конфиденциальности и безопасности персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет для поликлиники.

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

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.

помочи.
Контактные телефоны _____
Адрес электронной почты _____
Адрес по прописке _____
Подпись субъекта персональных данных _____

Сведения в электронную базу данных внесены:

Регистратор _____ / _____ /
Подпись _____ ФИО _____

ООО МЦ «Виталонг – Клиника Холода»
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, _____ г.р.
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным (далее -

Пациент): _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)»
В соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», статьей 32 «Согласие на медицинское вмешательство», поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) нахожусь на амбулаторном приеме в ООО МЦ «Виталонг – Клиника Холода». Лечатшим врачом мне, согласно моей воле, представлена подробная информация о состоянии моего (пациента) здоровья: о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего (пациента) заболевания.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (пациенту), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований и лечебных мероприятий (в том числе физиотерапевтических процедур), необходимых для постановки правильного диагноза и назначения адекватного лечения. Я информирован(а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью.

Я извещен(а) о том, что услуги медицинской помощи, за которыми я (пациент) обратился(ась), могу получить бесплатно на территории амбулаторно-поликлинического комплекса по месту жительства, если они входят в программы ОМС или государственных гарантий.

Я извещен(а) о том, что мне (пациенту) необходимо следовать назначенному лечению, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных методов лечения и препаратов, предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдения лечебно-оздоровительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария 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 об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (пациентом) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (пациента) во время кизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положений которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Пациент (законный представитель) _____

Пациент (законный представитель)

Надіслати (законний представитель) _____

(H_2O)

(ФИО, паспортные данные, т.д.)

Пациент (законный представитель)

Пациент (законный представитель) расписался в моем присутствии: