

Бесплатное приложение для пациентов

- Все записи к врачу в одном месте
- Безопасная электронная медкарта
- Защищенный канал передачи документов
- Удобная онлайн-запись



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.

Я, нижеподписавшийся **Иванов Иван Иванович**, проживающий по адресу **_____**, паспорт **_____**, выдан **_____**, код подразделения **_____** в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "КЛИНИКА ДОБРЫХ ДЕЛ" (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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.

Представляю 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, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление 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 страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС 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 лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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. Согласие дано мной «25» августа 2025 и действует бессрочно.

Настоящее

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.

Контактный телефон(ы) +7(900)000-00-00

Подпись субъекта персональных данных _____

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ

(родителей, законного представителя) на получение медицинской помощи в клинике ООО "КЛИНИКА ДОБРЫХ ДЕЛ", имеющем Лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01126-23/00351516

Я, **Иванов Иван Иванович**, проживающий по адресу **_____**, паспорт **_____**, выдан **_____**, код подразделения **_____**, проинформирован о том, что мне необходимо выполнить медицинское вмешательство.

Я поставлен в известность, что целью медицинского вмешательства является получение благоприятного результата лечения, предотвращение неблагоприятных последствий, осложнений заболевания.

1. Мне разъяснены основные этапы и ход медицинского вмешательства, я понял цели медицинского вмешательства и не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу. Согласен на проведение обследования в предложенном объеме. Я сообщил сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, а также болезнях и операциях, перенесенных раньше.
2. Мне известно, что сам по себе факт выполнения медицинского вмешательства не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме медицинского вмешательства, потребуется длительное высококвалифицированное лечение. Я понимаю, что медицинское вмешательство проводится на поврежденных при травме или пораженных заболеванием тканях моего организма, способность которых к заживлению понижена. Мне известно, что 100 % гарантии хороших результатов как медицинского вмешательства, так и лечения в целом дано быть не может.
3. Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время медицинского вмешательства или после него могут появляться не предвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также возникнуть осложнения. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведенный до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство, могут удлиниться общие сроки лечения. При хирургическом лечении не исключены болевые ощущения во время некоторых манипуляций.
4. До моего сведения доведено, что планируемое медицинское вмешательство не связано с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нем не является абсолютной. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от медицинского вмешательства приведут к стойким и, возможно, неустранимым нарушениям структуры и функции поврежденных органов (тканей, конечностей, отделов), что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество моей жизни.

Потому, сознавая все вышеизложенное, я обращаюсь к персоналу отделения с просьбой о проведении медицинского вмешательства и обязуюсь в послеоперационном периоде выполнять все рекомендации врачей.

Пациент _____ /Иванов Иван Иванович /