

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.

Я, ОБРАЗЕЦ \_\_\_\_\_ Зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_

Документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку сотрудниками ООО «Частный врач», юридический адрес г. Мончегорск пр. Кирова д.23, кор.2, кв. 44, фактический адрес г. Мончегорск ул. Комсомольская д.22 (далее –Оператора) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медикопрофилактических 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 предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС. Согласие дается мной для обработки моих персональных данных в целях оформления и ведения медицинской документации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 лет.

Согласие действует по достижении целей обработки или в случае утраты необходимости этих целей, если иное не предусмотрено федеральным законом. Способ отзыва согласия –путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя Оператора.

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.

« 01 » июля 2024 г.

/

**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**

Я, Иванов ОБРАЗЕЦ Иван Иванович

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

« 30 » апреля 1992 г. рождения, проживающий по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), при оказании первичной медико-санитарной помощи в ООО «Частный врач»

Мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу:

(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность ФИО мед. 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 Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

При оказании первичной медико-санитарной помощи гражданину, чьим законным представителем я являюсь, в случае моего отсутствия может присутствовать:

(Ф.И.О., данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон лица, которому предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)

Перечень:

1. Опрос, в том числе жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование, ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования. 4. Тонометрия. 5. Термометрия.
6. Неинвазивное исследование органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивное исследование органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы.
9. Лабораторные методы обследования.
10. Функциональные методы обследования.
11. Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача.
13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, получены разъяснения понятны и меня удовлетворяют

Иванов ОБРАЗЕЦ Иван Иванович

(подпись)

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

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

« 10 » октября 2024 г.

(дата оформления)