

Согласие на обработку персональных данных

Я, <ПАЦИЕНТ ЗП ФИО ПОЛНОЕ>, <ПАЦИЕНТ ЗП ДР> г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)
зарегистрированный по адресу: <ПАЦИЕНТ ЗП АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ> проживающий по адресу: <ПАЦИЕНТ ЗП АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ>
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку АНО «ДЦЖЗ «Белая Роза Сочи» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспорт, свидетельство о заключении брака, свидетельство о рождении, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта 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, включение в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховой организацией (Территориальным фондом ОМС) с использованием машинного носителя 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 пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной √ _____
дата <ДАТА> и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручён 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 взаиморасчётов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Email: √ _____

Расписался в моем присутствии администратор: _____ / <ФИО МЕДРАБОТНИКА>

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, <ПАЦИЕНТ ЗП ФИО ПОЛНОЕ>, <ПАЦИЕНТ ЗП ДР> г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)
зарегистрированный по адресу: <ПАЦИЕНТ ЗП АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ> проживающий по адресу: <ПАЦИЕНТ ЗП АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ>
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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 (далее – виды медицинских вмешательств включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом в АНО «ДЦЖЗ «Белая Роза Сочи».

Медицинским работником <ДОЛЖНОСТЬ МЕДРАБОТНИКА>, <ФИО МЕДРАБОТНИКА2>
(должность, Ф.И.О. 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 могу отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 8 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

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

<ФИО МЕДРАБОТНИКА2>

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

<ДАТА> г. (дата оформления)

<ПАЦИЕНТ ЗП ФИО ПОЛНОЕ> √ _____

• Данная форма информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 г. № 1051н

Перечень: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиоотография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура.