

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(Ф.И.О. полностью)
Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____
Адрес: _____
Телефон _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» Подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью Цетр Здоровой Семьи «ЗАБОТА»** (445022, г. Тольятти, б-р.50лет Октября, 20а) (далее-Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, конкретные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию –заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор имеет право обрабатывать 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, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией-заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я также даю/не даю (ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет для поликлиники.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата: «__» _____ 2014г.

Сведения в электронную базу данных внесены:
Регистратор _____
Подпись, Ф.И.О

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____

(Ф.И.О. пациента, либо законного представителя)

обратившись за получением медицинских услуг в ООО Центр Здоровой Семьи «ЗАБОТА», в соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. №390н даю согласие на проведение мне .

При необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введения лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, подкожно, внутривенно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

Я понимаю, что во время вмешательства или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. При этом медицинские работники делают все возможное для предотвращения возможных осложнений в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Я знаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций медицинского работника может быть причиной осложнений и неблагоприятных последствий медицинского вмешательства.

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т.ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

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

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

Пациент (или его законный представитель) _____

(подпись, фамилия, инициалы)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Дата: « ___ » _____ 2014г.

Примечание:

В соответствии со ст.20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет, а также в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Сведения в электронную базу данных внесены:

Регистратор _____

Подпись, Ф.И.О

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных представительства

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(Ф.И.О. полностью)
Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____
Адрес: _____
Телефон _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» Подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью Цетр Здоровой Семьи «ЗАБОТА»** (445022, г. Тольятти, б-р.50лет Октября, 20а) (далее-Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной _____ (Ф.И.О) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, конкретные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию –заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестру) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией-заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я также даю/не даю (ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет для поликлиники.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных _____
(или его законного представителя)

Дата: « ___ » _____ 2014г.

Сведения в электронную базу данных внесены:
Регистратор _____
Подпись, Ф.И.О

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____

(Ф.И.О. пациента, либо законного представителя)

обратившись за получением медицинских услуг в ООО Центр Здоровой Семьи «ЗАБОТА», в соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. №390н даю согласие на проведение мне /представляемому мной _____ (Ф.И.О. пациента)

При необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введения лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, подкожно, внутривенно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

Я понимаю, что во время вмешательства или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. При этом медицинские работники делают все возможное для предотвращения возможных осложнений в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Я знаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций медицинского работника может быть причиной осложнений и неблагоприятных последствий медицинского вмешательства.

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т.ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

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

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

Пациент (или его законный представитель) _____

(подпись, фамилия, инициалы)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Дата: «__» _____ 2014г.

Примечание:

В соответствии со ст.20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет, а также в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Сведения в электронную базу данных внесены:

Регистратор _____

Подпись, Ф.И.О