



Приложение к договору № 2 от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

## Информированное добровольное согласие пациента на обработку персональных данных

г. Москва

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя)

даю информированное добровольное согласие **на обработку персональных данных** – моих или лица, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

Я подтверждаю свои полномочия представителя пациента и в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО «ПРОТЕТИКА» (далее – Оператор), находящемуся по адресу: гор. Москва, ул. Гиляровского 55, на получение и обработку:

Перечень персональных данных, в отношении которых дается настоящее согласие, включает следующие данные:

- фамилия, имя, отчество, пол, место рождения, дата рождения;
- гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания;
- данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта);
- контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты;
- реквизиты полиса ДМС (при наличии);
- сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, истории болезни, антропометрические данные, а так же иные сведения, полученные при обследовании и лечении;
- перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг;
- фотоизображения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение, для достижения выше изложенных целей при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор вправе обрабатывать предоставленные мною персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, согласно действующему законодательству.

Оператор вправе, во исполнение взятых на себя обязательств, производить передачу персональных данных пациента, в том числе в учетно-отчетных формах по ДМС и платным услугам, с использованием машинных носителей и каналов связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их передача, прием и обработка будут осуществляться лицом, допущенным к обработке персональных данных и обязанным сохранять конфиденциальность информации.

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

Настоящее согласие действительно бессрочно и может быть отозвано мной в соответствии с частью 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Срок хранения персональных данных, содержащихся в медицинской документации (в медицинской карте, истории болезни и пр.), соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

### СОГЛАСИЕ:

*Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на обработку персональных данных.*

Пациент \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

### ОТКАЗ:

*Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь предоставлять согласие на обработку персональных данных.*

Пациент \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)