

Информированное добровольное согласие

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения законного представителя)

_____ (адрес регистрации законного представителя)

В ОТНОШЕНИИ

_____ (фамилия, имя, отчество пациента (ребенка))

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента)

_____ (адрес регистрации ребенка)

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. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в Обществе с ограниченной ответственностью «Визави».

Медицинским работником: врачом-стоматологом _____

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, чьим законным представителем я являюсь, в том числе после смерти:

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

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

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата: _____ г

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации законного представителя)
паспорт: _____ Выдан: _____
(кем и когда выдан паспорт)
являясь законным представителем: _____
(фамилия, имя, отчество ребенка)
на основании свидетельства о рождении: _____
реквизиты свидетельства о рождении кем и когда выдано

настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Визави» (МО, г. Люберцы, Октябрьский пр-т. д. 8, к. 1, пом II), (далее - Оператор) персональных данных моего ребенка, включающих: в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактные телефон(ы), паспортные данные, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, изображение лица, полости рта и зубов, полученное с помощью фото- и видеоустройств в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских, рекламных и информационных услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также право информировать меня о работе и услугах Оператора. Оператор вправе обрабатывать персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Разрешаю Оператору использовать и публиковать биометрические данные и данные о состоянии здоровья моего ребенка в обезличенном виде в научных и рекламных целях.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) персональными данными моего ребенка с медицинскими организациями и другие органы власти и организации осуществляющие контроль качества оказания медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача персональных и биометрических данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Срок хранения персональных данных моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет.

Настоящее согласие действует бессрочно. 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.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

Дата: _____ г