

согласие пациента на обработку его персональных данных

Я, (ФИО) _____

Зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

Документ, удостоверяющий личность (вид документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи) _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ « О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Профосмотр»(далее Оператор) моих персональных данных , включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, телефон, адрес электронной почты, места работы/учебы , данных паспорта(или иного документа, удостоверяющего личность) , страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС) , реквизиты полиса ДМС .

Также подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных , относящихся к специальной категории персональных данных : информация о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, с целью установления медицинского диагноза , сведения о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ « О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом , профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну.

Цель обработки персональных данных: предоставление медицинской помощи.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в базу данных, включая списки(реестры), как автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм (в т.ч. по договору ДМС) и иных сведений ,предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе;

Оператор имеет право с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных действующим законодательством на предоставление , передачу моих персональных данных иным организациям , при условии что передача будет осуществляться с использованием бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа , а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение на срок хранения медицинской документации.

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.

Я согласен на обработку моих персональных данных, полученных посредством видео- и звукозаписи осуществлявшихся с целью обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности .

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты , предусмотренному действующим законодательством . По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные , включая все копии на бумажных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия , если иное не предусмотрено действующим законодательством.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных , при предъявлении документа, удостоверяющего личность. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан ее прекратить : включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование на срок хранения медицинской документации в течение периода 30 календарных дней. При этом Оператор продолжит осуществлять хранение всей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим законодательством, с последующим уничтожением.

Настоящее согласие дано мной : *дата* и действует бессрочно.

контактный телефон _____ адрес электронной почты: _____

подпись субъекта персональных данных _____