БАЛАНС КРАСОТЫ

КЛИНИКА ВРАЧЕБНОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

Образец

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Я, нижеподписавшийся Иванова Анна Николаевна
(*Ф.И.О. полностью*)

«1» 01 1999 года рождения, зарегистрированный по адресу: г. Красноярск ул. Новая д 7, кв 8,

проживающий по адресу: г. Красноярск ул. Зеленая д 1 кв 1.,

документ, удостоверяющий личность паспорт серия 0000 номер 000 000, выдан ГУ МВД России по Красноярскому краю
(*дата и название выдавшего органа*)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «Космомед»**, находящейся по адресу Красноярский край, г. Красноярск, ул. Петра Подзолкова, д. 12, кв. 115. (далее - Оператор) **моих персональных данных**, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с иными медицинскими организациями 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я осведомлен(а) о том, что Оператором может осуществляться аудио/видеофиксация моего посещения клиники с целью обеспечения антитеррористической, антикоррупционной, противопожарной безопасности и в целях соблюдения медицинским персоналом норм качества и безопасности медицинской деятельности. Я понимаю, что указанная запись производится с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, и не будет использована Оператором без моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам *(указать статус лица (супруг, мать/отец/, сын/дочь, работодатель и проч.)*: Петрова Анна Владимировна 8900 000 00 00

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

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и 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.

Пациент: _____ / Иванова А.Н.
(*подпись*) (*расшифровка*)

Пациент подписался в моем присутствии: _____ / Кондрашов О.В.
(*подпись врача*) (*расшифровка с указанием должности*)
врач-косметолог дерматовенеролог