

Генеральному директору
ООО «ЛДЦ «Семейная клиника «МЕДА»
Г.А. Маслову

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, {{PatFIO}}, даю информированное добровольное согласие на обработку персональных данных – моих собственных или лица, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

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

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных (персональных данных Пациента) и сведений, отнесенных к врачебной тайне Оператором: ООО «ЛДЦ «Семейная клиника «МЕДА» ОГРН 1137847294595 ИНН 7820046823, место нахождения г196601, Санкт-Петербург, Пушкин, ул. Архитектора Данини, 11/6, Лицензия № ЛО-78-01-008886 от 05.06.2018 года с приложениями на срок - бессрочно, выдана Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга.

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 «ЛДЦ «Семейная клиника «МЕДА» на получение и обработку персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне.

Подтверждаю свое информированное добровольное согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения договора привлечения клиентов, а также улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований).

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных (в том числе в информационных системах, используемых Оператором), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, законные интересы которых я представляю, а также в целях оказания дополнительных медицинских или иных услуг Оператором или медицинскими учреждениями – соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс(sms-сообщения), телефону), а также посредством внесения их в информационные системы и электронную базу данных, включая в списки (реестры), в базу данных министерства здравоохранения и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС/ОМС.

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

- Фамилия, имя, отчество;
- Пол, дата рождения, место рождения, гражданство;
- Адрес места жительства;
- Биометрические паспортные данные;
- Семейное положение;
- Состав семьи;
- Социальное положение;
- Образование;
- Профессия;
- Место работы;
- Контактный(е) телефон (ы), адрес электронной почты;
- Данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические данные, а также иные сведения, полученные при обследовании и лечении;
- Фото- и видеозаписи, в т.ч. для размещения на сайтах и в группах Оператора с целью проведения маркетинговых и рекламных программ;

· Перечень, срок и объем, оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг в медико-профилактических целях, в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю согласие, на получение информации об услугах в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мной выше номер телефона и адрес электронной почты.

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора услуг связи (абонента), а адрес электронной почты зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая:

- Получение, ввод, сбор, систематизацию, накопление персональных данных оператором, а также у третьих лиц;
- Хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);
- Уточнение (обновление, изменение) персональных данных;
- Использование персональных данных пациента в связи с оказываемыми Оператором услугами;
- Передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по защищенным каналам связи (на машинных носителях) иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам.

· Обезличивание, блокирование, уничтожение для достижения вышеизложенных 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 имеет право во исполнение своих обязательств производить обмен (прием и передачу) полученных персональных данных в том числе в учетно-отчетных формах по договору в системе ДМС/ОМС и платным услугам, моими и лица, законным представителем которого я являюсь, персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС и иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных и обязанным сохранять профессиональную тайну и конфиденциальность информации.

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

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора оказания медицинских услуг, заключенного с Оператором, а по его истечении в течении срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации, об услугах по e-mail, sms, телефону путем подачи письменного заявления Оператору, который должен быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного заявления).

В случае получения моего письменного заявления (отказа) об отзыве настоящего согласия на информационную рассылку, Оператор обязан прекратить рассылку со дня получения такого заявления (отказа).

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

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами:

- На получении сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомлении с такими персональными данными;
- Требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения на основании письменного заявления в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные по законам меры по защите своих прав;
- На получении при письменном обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.
- На получение информации о своем состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, прогнозе для здоровья и жизни (состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, прогнозе для здоровья и жизни) лица, законным представителем которого я являюсь.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:

- Подтверждения факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки;
- Способы обработки персональных данных обработки, применяемые Оператором;
- Сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ;
- Перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения;
- Сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;
- Сведения о том, какие последствия может повлечь обработка персональных данных.

Я уведомлен о том, что оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Я ознакомлен(а) с тем, что что в целях обеспечения безопасности в помещениях ООО «ЛДЦ «Семейная клиника «МЕДА» (в лечебных кабинетах и административных пространствах) ведется видеонаблюдение\ видеозапись\ аудиозапись, а также запись разговоров телефонных звонков с рабочих номеров клиники. С действующими правилами сбора и хранения данных меня (представляемого) ознакомили.

Даю свое согласие на передачу конфиденциальной информации о себе (лица, законным представителем которого я являюсь), состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, прогнозе для здоровья и жизни следующему лицу (лицам):

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 {{PatFIO}} _____ {{CurDateLong}} г.
(ФИО пациента, либо его законного представителя) (подпись)