



stomline.

Приложение к договору № \_\_\_\_ 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 и сведений, отнесенных к врачебной тайне

г. Санкт-Петербург

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_, 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)

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 «СТОМЛАЙН» ОГРН 1207800036509, ИНН 7816705150, находящийся по адресу: г. Санкт-Петербург ул. Турку 11 к2 литер А, помещ. 13Н офис 1. Медицинская лицензия Л041-01148-778/00362628 от 05.08.2020 с приложениями на срок - бессрочно, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения

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 «СТОМЛАЙН» 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 Оператора, но не ограничиваясь: «1С»), 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, а также в целях оказания дополнительных медицинских или иных услуг, а также 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).

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 видеоизображения;
- 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 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 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 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.

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, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

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 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 обращении к оператору с запросом информации, касающиеся обработки своих персональных данных.

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 в помещениях стоматологической клиники Стомлайн ( в лечебных кабинетах и административных пространствах) ведётся видеонаблюдение\ видеозапись\ аудиозапись, а так же запись разговоров

телефонных звонков с рабочих номеров клиники. С действующими правилами сбора и хранения данных меня (представляемого) ознакомили.

**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 \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_   
(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.