

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА

Я, _____, паспорт: № _____, выдан: _____ г., к. п. _____, адрес регистрации: являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: 1900 года рождения

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие Оператору ООО «ЯСНЫЙ ВЗОР» на обработку персональных данных осуществляемую в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, с целью моего информирования о возможных акциях, мероприятиях Оператора, касающихся оказания медицинских услуг, в том числе посредством sms-сообщений, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации соблюдать врачебную тайну и конфиденциальность моих персональных данных.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

Согласие распространяется на следующие категории персональных данных:

- фамилия;
- имя;
- отчество;
- дата рождения;
- место проживания (фактическое и/или по прописке);
- данные свидетельства о рождении (паспортные данные);
- СНИЛС;
- Данные полиса ОМС;
- Данные полиса ДМС;
- Фото пациента;
- Фото медицинского назначения пациента;
- Сведения медицинского характера (диагноз);
- Стоимость услуг
- Место работы (дополнительно: только для представителя несовершеннолетнего пациента);
- Должность (дополнительно: только для представителя несовершеннолетнего пациента);
- Данные о месте проживания (дополнительно: только для представителя несовершеннолетнего пациента);
- Номер телефона (дополнительно: только для представителя несовершеннолетнего пациента);
- Адрес электронной почты (дополнительно: только для представителя несовершеннолетнего пациента);
- Данные о степени родства (дополнительно: либо статусе сопровождающего) (только для представителя несовершеннолетнего пациента);
- Данные о социальном статусе

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных 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

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов; Неавтоматизированную обработку моих персональных данных, при условии соблюдения требований законодательства в области защиты персональных данных.

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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Даю свое согласие на получение информации об акциях Оператора (самостоятельных или совместно с партнерами Оператора, в том числе благотворительных) посредством направления мне sms и/или на электронную почту

ДА НЕТ

Даю свое согласие на использование персональных данных для создания и ведения электронной карты пациента; для предоставления в государственные органы ОМС; для направления соответствующей информации мне посредством sms и/или на электронную почту

ДА НЕТ

_____ #ЗНАЧ!