

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

### на обработку персональных данных (в том числе данных о состоянии здоровья), биометрических данных

(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ)

Я, (ФИО полностью) \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(вид основного документа, удостоверяющего личность гражданина РФ)

(орган и дата выдачи)

Зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

принимаю решение о предоставлении своих персональных данных, в том числе о моем здоровье, биометрических данных (моего видеоизображения, голоса, фотографического изображения) Обществу с ограниченной ответственностью «Вэладент-Юниор» (Юридический адрес: 454084 г. Челябинск, ул. Коммуны, д. 106 стр.1, 2 этаж, обособленное подразделение: г. Челябинск, ул. Дзержинского, дом 86, ИНН/КПП 7448204401/744801001, ОГРН 1177456059406) (далее – «Оператор персональных данных») и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях:

1. Целью обработки персональных данных и биометрических данных является выполнение поручения субъекта персональных данных, определенного настоящим Соглашением, основанного на заключенном в простой письменной форме Договора на оказание платных медицинских услуг с целью достижения медико-профилактических целей, оказания мне квалифицированной медицинской помощи, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, претензий, заявлений, требований, обращений стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне и иных целях, предусмотренных действующим законодательством.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол, адрес регистрации, адрес фактического проживания (при различии с адресом регистрации), телефон, адрес электронной почты, данные документа, удостоверяющего личность: серия, номер, дата выдачи, орган выдачи, данные о состоянии моего здоровья.

3. Перечень биометрических данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: видеоизображение, голос, фотографическое изображение).

Согласие дается на следующие действия с персональными и биометрическими данными: обработка вышеуказанных персональных и биометрических данных будет осуществляться путем смешанной обработки (информация передается по внутренней сети юридического лица): сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, распространение, передачу, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных. Я даю согласие на передачу моих персональных данных, в том числе данных о состоянии моего здоровья страховой медицинской организации, оказывающей услуги по страхованию в рамках добровольного медицинского страхования в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и её оплаты. Общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Обработка персональных данных (в том числе состояния моего здоровья) в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото- и видеосъемки лечебного процесса допускается при условии их обезличивания и невозможности установить личность субъекта.

4. Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено законодательством: персональные данные подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством, в том числе сроков для хранения первичных медицинских документов. Персональные данные уничтожаются по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации Оператора персональных данных; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных.

В процессе оказания оператором персональных данных мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье другим должностным лицам оператора персональных данных в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям (при условии лечения по полису ДМС) в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

В случае направления мною как субъектом обработки персональных данных запросов, сведений, информации в адрес субъекта обработки персональных данных по контактным номерам телефонов (в том числе с использованием мессенджеров), либо официальной электронной почте оператора официальных данных, я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и оператор персональных данных не может гарантировать сохранность персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора персональных данных по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю оператора персональных данных. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» оператор персональных данных имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Подпись Пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Оператор персональных данных: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на определенные виды медицинских вмешательств,  
при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медицинской помощи.**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный (проживающий) по адресу:  
\_\_\_\_\_

Даю свое информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе проведение опроса, в том числе на выявление жалоб, сбор анамнеза, на проведение врачом осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, термометрии, тонометрии, рентгенологических методов обследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно в ООО «ВэлаДент-Юниор».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Окончательный перечень, необходимых ПАЦИЕНТУ мероприятий будет установлен врачом в ходе приема ПАЦИЕНТА.

Целью, а также предполагаемым результатом вышеуказанных медицинских вмешательств является установление объективного состояния стоматологического здоровья ПАЦИЕНТА.

Возможные риски вышеуказанных медицинских вмешательств: в ходе проведения обследования могут возникнуть неприятные ощущения (давление, болезненность, кровоточивость десен, проходящая гиперемия кожных покровов и мягких тканей полости рта, вызов рвотного рефлекса, повышенное слюноотделение и др.), связанные с непосредственным воздействием на мягкие ткани и зубы медицинским инструментом, а также рук медицинского работника в медицинских перчатках (при проведении пальпации). Такие ощущения в большинстве случаев носят кратковременный характер и не имеют последствий для пациента.

При введении лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно могут возникнуть следующие риски, осложнения, неблагоприятные последствия: боль, местное воспаление мягких тканей, гематома, аллергические реакции.

Если у ПАЦИЕНТА имеются аллергические реакции на какие-либо медицинские изделия, медицинские препараты либо бытовая аллергическая реакция необходимо сообщить об этом врачу до начала медицинского вмешательства.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких указанных видов медицинских вмешательств, включенных в перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В случае отказа от проведения вышеуказанных медицинских вмешательств, цели не будут достигнуты, не будет проведена оценка состояния полости рта и зубочелюстной системы ПАЦИЕНТА, не будут даны медицинские рекомендации.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Подпись Пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_