

«УТВЕРЖДАЮ»

«21» апреля 2022 г.

Ген. директор Кекух В.Б./



Приложение № _____ к договору на оказание медицинских услуг
№ _____ от « _____ » _____

В соответствии с пп.5 ч.1 ст.6 №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 получение согласия на обработку общих персональных данных (ФИО, контакты, паспортные данные), если она осуществляется только в рамках договора на оказание медицинских услуг, не требуется.

СОГЛАСИЕ на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье), биометрических данных

Я, _____ (ФИО пациента), паспорт № _____ выдан _____

зарегистрирован _____, даю согласие ООО «Четыре сегмента» (далее Клиника) на обработку моих персональных данных.

Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных (моего видеоизображения, голоса) может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка персональных данных и данных о здоровье может осуществляться в медико-профилактических целях. Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнаружение и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения.

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных. Срок хранения моих персональных данных (срок действия Согласия) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации на указанную электронную почту: _____

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст.9 №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006г. клиника 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 №323-ФЗ от 21.11.2011г. «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, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Подпись субъекта персональных данных _____

Клиника: Подпись администратора: _____

Дата составления согласия: _____ г.