СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных в [{PredAbbr}]

Я, нижеподписавшийся (аяся) [F\_text] [I\_text] [O\_text]

паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: [adres\_text] в соответствии с

требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку [{SuperFullPredName}] (г.Сургут, ул.Артема д.15) (далее - Оператор) моих персональных данных,включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа

удостоверения личности), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за

медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные , в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию-заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации.

Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения

в списки (реестры) и отчетные формы,по договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, по договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом,обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего

письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку

представителю Оператора.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г.

(пациента, законного представителя)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся (аяся)[F\_text] [I\_text] [O\_text], обратившись за получением медицинских услуг в [{SuperFullPredName}], в соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н даю согласие на проведение мне :

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр. 3. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 4. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 5. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 6. Лабораторные методы обследования. 7. Функциональные методы обследования. 8. Флюорография (для лиц старше 15 лет), ультразвуковые исследования.

Я знаю, что невыполнение в полном объёме всех рекомендаций медицинского работника может быть причиной неблагоприятных результатоов лабораторных исследований.

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за профилактической помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, инициалы)

Дата: "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г.

Сведения в электронную базу данных внесены:

Регистратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, Ф.И.О.