

**Приложение № 1 к договору
на оказание медицинских услуг
в ООО «Диамед» № _____**

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

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

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

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

(паспортные данные)

(адрес)

даю согласие ООО «Диамед» (далее- Клиника) (Фактический адрес: г. Александров, ул. Ческа-Липа, дом 2, строение 5) на обработку моих персональных данных, персональных данных моего ребенка или лица, законным представителем которого я являюсь¹

(фамилия, имя, отчество полностью)

(паспортные данные /данные свидетельства о рождении)

(адрес)

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (в т.ч. специальных категорий персональных данных), а именно на совершение действий, предусмотренных п.3 ст. 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Обработка персональных данных осуществляется для заключения договора между мной и Исполнителем в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оценки качества медицинской помощи, в целях информирования о визитах на прием, рекламных акциях, спецпредложениях, внеплановых назначениях на прием, информирования об изменении работы врача и лечебного учреждения по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС.

Персональные данные включают фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, возраст, национальность, расовую принадлежность, адрес места регистрации и места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты паспорта, полиса ОМС(ДМС), СНИЛС, данные о состоянии своего здоровья, фото-видеозаписи, рентгеновские снимки и иные персональные данные.

Обработка данных о моем здоровье (здоровье моего ребенка или лица, законным представителем которого я являюсь), биометрических данных (моего (моего ребенка или лица, законным представителем которого я являюсь) видеоизображения, голоса) может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности (безопасности моего ребенка или лица, законным представителем которого я являюсь); в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я (мой ребенок или лицо, законным представителем которого я являюсь) могу являться; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне (моему ребенку или лицу, законным представителем которого я являюсь).

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 обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой мне (моему ребенку или лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье (здоровье моего ребенка или лица, законным представителем которого я являюсь) другим должностным лицам Клиники в интересах моего (моего ребенка или лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

¹ Заполняется при заключении договора в пользу третьего лица

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье (здоровье моего ребенка или лица, законным представителем которого я являюсь), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных.

Срок хранения моих персональных данных (данных моего ребенка или лица, законным представителем которого я являюсь), срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляют 25 лет.

Передача моих персональных данных (данных моего ребенка или лица, законным представителем которого я являюсь) 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 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье (здоровье моего ребенка или лица, законным представителем которого я являюсь) 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 (здоровье моего ребенка или лица, официальным представителем которого я являюсь), 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 _____

Дата составления согласия _____

Исполнитель: ООО «Диамед», в лице Администратора

_____/_____
Ф.И.О. Подпись