

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

Приложение № 1 к Договору № 10717/1 от 01.12.2024

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

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

Я, {ФамилияИмяОтчество}, дата рождения {ДатаРождения}, даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Делайт» (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 58 № 001906356 от 13 августа 2012 года, выданное Инспекцией Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району города Пензы), (Фактический адрес: г. Пенза, ул. Красная 77б) на обработку моих персональных данных.

Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных (моего видеозображения, 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 обнародование 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, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

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

Срок хранения моих персональных данных, срок действия Согласия соответствуют 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 ФЗ № 152 «О персональных данных» 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 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, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Дата составления
согласия:

{ТекущаяДата}

Подпись субъекта
персональных
данных :

✓

{ФамилияИмяОтчество}

(подпись пациента)

(ФИО полностью)

Исполнитель:

(подпись врача)

(ФИО)