Приложение № 2

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, Иванов Иван Иванович, проживающий (-ая) по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, паспорт: 0000 000000 выдан ГУ УУ РФ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку ООО "ДОКТОР ВЕН" (далее оператор) моих персональных данных , включающих ФИО, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
Оператор вправе:
- совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (за исключением распространения), в том числе передачу персональных данных иным (третьим) лицам в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных. Осуществлять выгрузку персональных данных и сведений о состояний о состоянии здоровья граждан в ЕГИСЗ при помощи Иной информационной системы «МИС Медлок», принадлежащей ООО «Медрейтинг» (ИНН 2311144947)
- обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).
- во исполнение своих обязательств по договору ДМС (ОМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или иных каналов связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
Срок хранения моих данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.
Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.
Условием прекращения обработки моих персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных.

Подпись пациента **V**_____ / Иванов Иван Иванович

Приложение № 3

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, Иванов Иван Иванович , «1» января 1980г. рождения, зарегистрированный по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1 , проживающий по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО "ДОКТОР ВЕН".
Медицинским работником врач Галимов Тагир Раисович 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 видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):_____
+7(900)000-00-00 Иванов Иван Иванович

Иванов Иван Иванович , **V**_____