

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
(Ф.И.О., дата рождения)

(номер документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)
в соответствии с п. 5 ст. 6, ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных»
даю **согласие** медицинскому работнику ООО «ММЦ «Крым»

(Ф.И.О. медработника ООО «ММЦ «Крым», г. Севастополь, ул. Южногородская, д. 36, лит. «А1», пом. I-28)
далее по тексту «Оператор», на обработку моих персональных данных для осуществления медико-диагностических целей, при необходимости в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по перечню персональных данных.

С целью оформления медицинской документации, в том числе, медицинской карты амбулаторного больного (форма № 025/у), даю согласие на обработку моих персональных данных (в том числе, с использованием информационной системы персональных данных) Исполнителем, включая: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ДМС (ОМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, установления диагноза и оказания Услуг. Срок хранения персональных данных Пациента составляет пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных посредством письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(Дата Подпись субъекта персональных данных Фамилия, инициалы)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____,
(Ф.И.О., дата рождения)

на основании предоставленной медицинским работником ООО «ММЦ «Крым»

(Ф.И.О. медработника ООО «ММЦ «Крым», г. Севастополь, ул. Южногородская, д. 36, лит. «А1», пом. I-28)

в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, поставлен(а) в известность, что в соответствии ст. 20 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" № 323-ФЗ от 21.11.2011 г., приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи" добровольно **даю согласие** на оказание мне платных медицинских услуг в соответствии с договором № _____ от _____

Я поставил в известность медицинских работников ООО «ММЦ «Крым» обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(Подпись медработника Фамилия, инициалы)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(Подпись пациента Фамилия, инициалы)