

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, Тестов Тест Тестович

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 « О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО Медицинский центр «Арго-Кострома» (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, -в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязаным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе 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) по ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной 18.01.2023 и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. **Контактный телефон(ы) +78003010373 email: тестр**

Подпись субъекта персональных данных _____

Приложение №1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ 175124 от «30» октября 2023 г.

**Информированное добровольное согласие на
медицинское вмешательство**

Я _____ Тестов Тест Тестович 01.01.1999 _____, года рождения,
проживающий(ая) по адресу: _____ Костромская обл обл. Костромской р-н р-он. г Кострома г ул. Пушкина ул д.1 корп.2

Это раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я _____, паспорт: _____

_____ являюсь законным представителем(мать, отец, усыновитель, опекун, _____,
, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

_____ г.р. _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного
гражданина-полностью, год рождения)

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № 175124 от «30» октября 2023 г. желаю получить платные медицинские услуги в ООО медицинский центр "Арго-Кострома", при этом мне разъяснено и мною осознано следующие:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях, а так же бесплатной основе в рамках ОМС.

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных

осложнениях заболевания (здоровья представляемого)

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

Я добровольно даю свое согласие на все 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 Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н, в том числе проведение мне, в соответствии с назначениями врача,

диагностических исследований (анализа крови общего и биохимического, анализа мочи общего, биоимпедансометрии, фотоплетизмографии, электрокардиографии, ультразвуковых исследований); лечебных мероприятий (прием таблетированных препаратов; внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций; внутривенных капельных введений препаратов, физиотерапевтических процедур); диагностических и лечебных пункций.

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения, а так же о том, что данная процедура не имеет 100 % эффективности; любое лечение имеет прогноз (статистическое соотношение удачного исхода с неудачным). Прогноз положительного исхода почти всегда не совпадает со 100 %, таким образом, нет и не может быть 100-процентной гарантии совпадения ожидаемого результата с действительным результатом.

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенный препараты и другие метода лечения, немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах, физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату;

- Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

- Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

-Я подтверждаю, что фамилия, имя, отчество, место жительства, паспортные данные, номер телефона и адрес электронной почты, указанные мной достоверны, принадлежат мне и не содержат ошибок.

«30» октября 2023 года.

Подпись Потребителя/Заказчика

Расписался в моем присутствии:

Врач

(должность, И.О. Фамилия)

(подпись)