

Согласие на обработку персональных данных пациента

Самостоятельный документ. Заполняется до подписания; не является согласием на рекламу или медицинское вмешательство.

1. Субъект персональных данных

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента

Адрес пациента

Документ, удостоверяющий личность: вид, серия, номер, дата выдачи и выдавший орган

2. Представитель (если согласие даёт представитель)

Фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес представителя

Документ представителя: вид, серия, номер, дата выдачи и выдавший орган

Документ о полномочиях представителя: наименование, номер, дата, кем выдан

3. Оператор

ООО «Центр медицинской косметологии и здоровья» (ООО «ЦМКиЗ»), ИНН 1654043420, ОГРН 1021602825287. Адрес: 420111, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Правобулачная, д. 37. Email: drheartmankazan@gmail.com. Телефон: +7 903 388-33-66.

Свободно, своей волей и в своём интересе (либо в интересах представляемого пациента) даю указанному Оператору согласие на обработку данных на условиях, изложенных на обеих страницах. Правовое основание: статьи 9 и 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Подпись пациента / представителя: _____ Дата: _____

Условия обработки персональных данных

Продолжение согласия пациента. Первая и вторая страницы составляют один документ.

4. Цели и состав данных

Цели: организация обследования и лечения пациента, установление диагноза, оказание медицинской помощи и ведение связанной с ней медицинской документации. Данные: ФИО, пол, дата рождения, адрес, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактный телефон; сообщённые пациентом и полученные при оказании помощи сведения о здоровье, заболеваниях, обследованиях, диагнозах, назначениях и результатах лечения. Сведения представителя обрабатываются для подтверждения его личности и полномочий.

5. Действия, способы и поручение обработки

Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление и доступ в указанных ниже пределах, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Способы: с использованием средств автоматизации и без них. Доступ сотрудников ограничивается их обязанностями; сведения о здоровье составляют врачебную тайну.

Лица, обрабатывающие данные по поручению Оператора: полное наименование и адрес каждого; порученные действия и данные (заполняется до подписания)

Незаполненное поле не разрешает поручать обработку неопределённым лицам. Передача самостоятельному оператору, в том числе лаборатории, требует отдельного законного основания и информирования пациента. Это согласие не разрешает рекламные рассылки, распространение данных, публикацию фото или передачу медицинских сведений через мессенджеры.

6. Срок и отзыв

Согласие действует со дня подписания до достижения перечисленных целей обработки в связи с согласованным обследованием и лечением либо до отзыва, если он поступит ранее. Срок обязательного хранения медицинских и иных документов определяется законом и видом документа; он не устанавливается этим согласием.

Отзыв можно подать лично или направить по почтовому адресу Оператора. По указанному email можно направить обращение и согласовать подтверждение личности и оформление отзыва. После отзыва обработка, основанная только на согласии, прекращается; данные уничтожаются в предусмотренный статьёй 21 закона № 152-ФЗ срок, если отсутствуют иные законные основания. Обязательное по закону хранение и обработка на иных законных основаниях могут продолжаться без согласия.

Я ознакомлен(а) с обеими страницами и предоставляю согласие на указанных условиях.

ФИО пациента / представителя и подпись

Дата подписания: «_____» _____ 20____ г.