

**Согласие пациента на обработку и передачу персональных данных,  
данных и сведений, составляющих врачебную тайну**

Я, [КлиентФамилия] [КлиентИмя] [КлиентОтчество]

Дата рождения: [КлиентДатаРождения], зарегистрированный(ая) по адресу:

[КлиентИндекс], г. [КлиентГород], ул. [КлиентУлица], д. [КлиентДом], корп. [КлиентКорпус], кв. [КлиентКвартира],

фактически проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: паспорт: серия [КлиентПаспортСерия], номер [КлиентПаспортНомер], выдан [КлиентПаспортВыдан], [КлиентПаспортДатаВыдачи]г.

СНИЛС \_\_\_\_ [СНИЛС] \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку ООО «ФДН Искра», расположенного по адресу: : 125284, г. Москва, РФ, Ленинградский проспект, д. 35, строение 2, офис V (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- Супруг(а) \_\_\_\_\_

- Мать \_\_\_\_\_

- Отец \_\_\_\_\_

- Иные лица \_\_\_\_\_

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

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

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.

Я извещен, что в целях сохранности имущества посетителей и Общества, последнее оставляет за собой право осуществлять видео-/фото-/аудиофиксацию в общедоступных помещениях, не предназначенных для ведения приема пациентов.

Даю согласие/запрещаю: ООО «ФДН Искра» публикацию моих фотографий, изготовленных до, в момент, после оказания медицинских услуг в социальных сетях на аккаунтах, принадлежащих клинике или ее руководителю, а также на официальном сайте клиники.

Пациент (Потребитель) \_\_\_\_\_ / [КлиентФИО]

Дата: [ТекущаяДата]г.

Пациент подписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ /

