

**Приложение № 1 к договору на оказание
медицинских услуг № _____**

В соответствии с пп.5ч.1 ст.6 ФЗ №152 «О персональных данных» получение согласия от пациента на обработку его общих персональных данных (ФИО, контакты, паспортные данные), если она осуществляется только в рамках договора на оказание медицинских услуг, не требуется.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на обработку специальных категорий персональных данных (данных о
здоровье), биометрических данных**

Я, _____ (фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные, адрес) даю согласие ООО «ЧАСТНАЯ ПРАКТИКА» (Фактический адрес 606408, Нижегородская область, г. Балахна, ул. 40 лет Пионерской организации, д. 2Б) на обработку моих персональных данных

_____ (фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные, адрес)
Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных (моего видеоизображения, голоса) может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне. Обработка персональных данных и данных о здоровье может осуществляться в медико-профилактических целях.

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье или здоровье моего ребенка другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье или здоровье моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных.

Срок хранения моих персональных данных или данных моего ребенка, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации на указанную электронную почту:

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники.

Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье или здоровье моего ребенка в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье или здоровье моего ребенка, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата составления согласия _____

Исполнитель:

Подпись администратора: _____

*Заполняется при заключении договора в пользу третьего лица - При несовпадении Заказчика и Пациента