Общество с ограниченной ответственностью «МЕДПРАКСИС КЛИНИК»

Уважаемые пациенты!
Уведомляем Вас о том, что в соответствии с пп.5 п.1 ст. 6 ФЗ «О персональных данных» требуется получение согласия от пациента на обработку его персональных данных, если она осуществляется **в рамках договора** на оказание медицинских услуг.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на обработку данных о здоровье и биометрических данных

Я,_____
_____
(фамилия, имя, отчество полностью)
паспорт серии _____, номер _____, выдан_____
_____

проживающий (ая) по адресу:
_____
_____

даю согласие на обработку данных о здоровье, биометрических данных,
(данных моего ребенка)_____
_____, дата рождения
«_____»_____20___г.

Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных может осуществляться **только в медико-профилактических целях**:
в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам:
- передавать данные о моем здоровье и биометрические данные 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 с данными о моем здоровье, биометрическими данными**, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение данных. Клиника 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 по договорам ДМС.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (амбулаторной карты больного) и составляет пять лет с момента последней явки пациента, если лечение было завершено.

Срок действия настоящего согласия – 5 лет.

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

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 в указанных 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 (здоровье моего ребенка), составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарно-эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

Подпись субъекта персональных данных_____
Дата составления согласия «_____»_____2017 г.