

**Согласие на обработку персональных данных**

Дата	ДНЕВНИК АНАМНЕЗ, СТАТУС, ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОБРАЩЕНИИ С ПОВТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	Фамилия лечащего врача

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ (эпикриз) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

НАСТАВЛЕНИЯ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_, Заведующий отделением \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.полностью), проживающий по адресу \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_ серия, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свою согласие на обработку стоматологической клиникой ООО «ФЕМИЛИ СТОМ», расположенной по адресу: г.Казань, ул.Р.Гареева, 92(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС(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 обязанным 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. 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 ОМС (договором ДМС). Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет - для клиники. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ 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 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 течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Вкладной лист к ф: № 043/у

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с ФЗ №323 ОТ 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», «Законом о защите прав потребителей», ФЗ № 326 от 29.11.10г. «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и действующими законодательными актами.

Я, пациент(ка) \_\_\_\_\_

находясь на лечении в стоматологии ООО «ФЕМИЛИ СТОМ», по моему добровольному желанию доверяю лечащему врачу назначить проведение рентгенологического исследования с целью постановки и уточнения диагноза, улучшения качества оказания стоматологических услуг. Составления рационального плана протезирования, а также делать клиническое описание снимка. Врач разъяснил мне все возможные реакции организма на проведение рентгенологического исследования, пользу и вред данного метода исследования. Мне объяснено, что в моем случае нет альтернативного метода исследования. Я осознаю, что средняя доза облучения, получаемая при проведении прицельного рентгенологического снимка - 20мкЗв. Мне объяснили, что беременность (возможная или имеющаяся) не является абсолютным противопоказанием к рентгенодиагностике, но я обязуюсь сообщить врачу о возможной или планируемой беременности. Я информирована врачом о соблюдении персоналом стоматологии ООО «ФЕМИЛИ СТОМ» всех условий СанПиН по рентгенологической безопасности. Мне разъяснено, что я имею право на отказ от рентгенологического исследования. О всех последствиях отказа я предупрежден(а). Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и имел(а) возможность обсудить все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось не выясненных вопросов к врачу. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 \_\_\_\_\_  
 Фамилия (полностью) И.О.

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 \_\_\_\_\_  
 Фамилия (полностью) И.О.

Дата	ДНЕВНИК АНАМНЕЗ, СТАТУС, ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОБРАЩЕНИИ С ПОВТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	Фамилия лечащего врача

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ (эпикриз) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

НАСТАВЛЕНИЯ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_, Заведующий отделением \_\_\_\_\_