

**Информированное добровольное согласие пациента на обработку персональных данных
и сведений, отнесенных к врачебной тайне**

Московская область, г Подольск

«___» _____ 20__ г.

Я, _____,
даю информированное добровольное согласие на обработку персональных данных – моих или лица, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) _____.

(фамилия, имя, отчество лица, от имени которого выступает законный представитель)

В соответствии со ст. ст. 9,10 Федерального закона от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого) и сведений, отнесенных к врачебной тайне, **ООО «Формула»**, ОГРН 1255000030636, ИНН 5074093785, адрес места нахождения: 142181, Московская область, г. Подольск, ул. Дмитрия Холодова, д.5, помещение 11, помещение 12; лицензия № Л041-01162-50/03334529 от 06.10.2025 года с приложениями сроком действия - бессрочно, выдана Департаментом здравоохранения Московской области (143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1, тел.: +7(498)602-04-20, (далее – Оператор).

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных (персональных данных представляемого) и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется Оператором без использования и с использованием средств автоматизации (в том числе в информационной системе Оператора «DentalPRO») **в медико-профилактических целях**, включая, но не ограничиваясь, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг. Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных, относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских или иных услуг.

Перечень персональных данных, в отношении которых дается настоящее согласие, включает следующие данные:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных
Общие	• Фамилия, имя, отчество; • Пол, дата и место рождения, гражданство; • Адрес места жительства, адрес места регистрации; • Паспортные данные; • Телефон, адрес электронной почты • Семейное положение, состав семьи; • Социальное положение; • Образование; • Профессия и место работы; • Контактный(е) телефон (ы), адрес электронной почты; • Реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС); • Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС); • Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); • Сведения о финансовых планах лечения; • Документы, подтверждающие установление опеки (предоставляются только в отношении недееспособных пациентов); • Свидетельство о рождении (предоставляется только в отношении несовершеннолетних пациентов); • Фото- и видеоизображения, обрабатываемое Оператором в целях, отличных от целей установления личности субъекта персональных данных
Специальная	• Данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о приеме лекарственных препаратов, сведения о курении, о занятиях спортом, наличии беременности, антропометрические данные, а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении

Оператор вправе осуществлять любые действия в отношении моих персональных данных (персональных данных представляемого), которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей:

- Сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и на бумажном носителе), уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, полное и частичное уничтожение;
- Передачу (предоставление, доступ) по защищенным каналам связи лицам, в том числе партнерам Оператора в рамках реферативной практики, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора,

если обработка будет поручена таким лицам, имеющим непосредственное отношение к исполнению услуг, с целью выполнения лабораторных и иных исследований;

- Передачу и прием полученных персональных данных между Оператором и страховой медицинской организацией во исполнение обязательств Оператора по договору ДМС.

Оператор вправе обрабатывать предоставленные мною персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, согласно действующему законодательству РФ.

Я даю свое добровольное согласие на использование в обезличенном виде моих данных о диагнозе; состоянии здоровья; анамнезе; результатах проведенных в отношении меня медицинских осмотров, освидетельствований, обследований, анализов и их результатов; информацию о ходе и способах моего лечения, применяемых препаратах и иную значимую медицинскую информацию для осуществления медицинскими работниками Оператора научно-исследовательской и образовательной деятельности.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого) в течение всего срока действия Договора оказания медицинских услуг, заключенного с Оператором, а по его истечении - в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным (персональным данным представляемого) при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я уведомлен (-а), что при отзыве мной согласия на обработку персональных данных Оператор прекратит их обработку и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, уничтожит персональные данные и/или обеспечит их уничтожение привлеченными третьими лицами в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с даты поступления указанного отзыва, если иной срок не установлен действующим законодательством Российской Федерации.

При этом я понимаю, что даже в случае отзыва мной настоящего согласия Оператор вправе продолжить обработку персональных данных согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных», но только исключительно в медико-профилактических целях и в целях реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь, при этом конфиденциальность персональных данных обеспечивается врачебной тайной.

Срок хранения персональных данных, содержащихся в медицинской документации (в медицинской карте, истории болезни и пр.), соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами:

- На получении сведений об операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным (персональным данным представляемого), а также на ознакомлении с такими персональными данными;
- Требовать от Оператора уточнения своих персональных данных (персональных данных представляемого), их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные по законам меры по защите своих прав;
- На получении при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных (персональных данных представляемого).

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:

- Подтверждения факта обработки персональных данных Оператором, а также цели обработки;
- Способы обработки персональных данных обработки, применяемые Оператором;
- Сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ;
- Перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения;
- Сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;
- Сведения о том, какие последствия может повлечь обработка персональных данных.

Я уведомлен о том, что Оператор при обработке персональных данных обязуется принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Я ознакомлен(а) с тем, что в помещениях стоматологической клиники Оператора «Мудрый и Молочный» (в лечебных кабинетах и административных пространствах) ведётся видеонаблюдение/видеозапись/аудиозапись, а также запись разговоров телефонных звонков с рабочих номеров клиники. С действующими правилами сбора и хранения данных меня (представляемого) ознакомили.

СОГЛАСИЕ:

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на обработку персональных данных.

(ФИО пациента либо законного представителя)

« ____ » _____ 20__ г.
(подпись)