Согласие пациента на обработку персональных данных[1]

Я, _____,
«_____»_____ _____] года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____, паспорт серия и номер_____, выдан _____

«_____»_____ г, в соответствии со ст. Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим осознанно и однозначно выражаю свое согласие **ООО «Клиника Кинезитерапии»** , расположенной по адресу: **125252, Москва, проезд Березовой Рощи, дом 12**, (далее – оператор) на обработку моих персональных данных, включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон;
- реквизиты полиса ОМС (ДМС), паспортные данные,
- сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи;
- биографические сведения, сведения о составе и заболеваниях членов семьи, сведения о полученном образовании, профессии и месте работы, если указанные сведения необходимы для оказания мне квалифицированной медицинской помощи или связаны с возможностью причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц[2];
- сведения об ИНН и банковских счетах, если это связано с необходимостью осуществления расчетов за оказанную медицинскую помощь или в связи с предоставлением документов и информации, необходимых мне для получения соответствующих налоговых вычетов и для иных аналогичных случаев;
- сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении (врачебная тайна), необходимые при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства РФ, включая привлечение узкопрофильных специалистов для оказания части медицинской помощи, для принятия комиссионного или совместного врачебного решения о стратегии и методах лечения и в иных аналогичных случаях, предусмотренных законодательством РФ об охране здоровья граждан.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, включая обновление и изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, передачу и распространение в случаях, предусмотренных законодательством РФ об охране здоровья граждан и для сообщения лицам, которым по моему решению, выраженному в настоящем Согласии указанная информация может быть предоставлена по их запросу. Я также даю право и согласие Оператору на передачу моих персональных данным третьим лицам, в случаях, связанных с организацией и предоставлением мне медицинских услуг.

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), а также предоставления их

---

[1] Настоящая форма разработана в соответствии с положениями **ст. 9** Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных"

[2] Запрашиваются в случае, если заболевание может причинить вред здоровью третьим лицам, если сведения о наследственных заболеваниях или особенностях влияет на выбор стратегии и методов лечения, а также, если это связано с ограничениями на осуществление трудовой деятельности по причине диагностики заболевания.

[**указать конкретное лицо, которому могут предоставляться персональные данные, поскольку согласие должно быть однозначным**].

Я осведомлен (а), что:

- Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (Приказ Минздрава России от 03.08.2023 № 408);
- Оператор может обрабатывать персональные данные без согласия физического лица при наличии оснований, указанных в пп. 2-11 ч. 1 ст. 6 Закона № 152-ФЗ, а также для исполнения договора об оказании медицинской помощи (медицинских услуг), стороной которого либо выгодоприобретателем по которому я являюсь; для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов, если получение моего согласия по объективным причинам невозможно;
- Обработка специальных категорий персональных данных, касающихся состояния здоровья физического лица, осуществляемая в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну, допускается без моего согласия;
- Не требуется согласия субъекта персональных данных на обработку конфиденциальной информации, если она осуществляется в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;
- Ведение медицинской документации в электронной форме не предполагает какого-либо одобрения или согласования со мной (моим представителем), но не лишает меня или моего представителя права на получение того или иного документа на бумажном носителе.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Давая настоящее Согласие, я подтверждаю, что также даю согласие на передачу персональных данных третьим лицам, непосредственно связанных с оказанием медицинских услуг, которое размещено на официальном сайте Оператора – www.bubnovsky-vip.ru

Настоящее согласие дано мной _____[**число, месяц, год**] 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 под расписку представителю оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящим подтверждаю свое согласие на информирование меня путем предоставления соответствующей информации по электронной почте, sms-информирования: о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг по договору на медицинское обслуживание, предоставления иной информации, связанной с исполнением договора на медицинское обслуживание.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника Кинезитерапии» персональных данных с целью проведения маркетинговых исследований и продвижения услуг ООО «Клиника Кинезитерапии» на рынке путем информирования меня о новых услугах, специальных предложениях и рекламных акциях, системах скидок путем предоставления соответствующей информации по электронной почте, sms-информирования, рассылки по почте.

Субъект персональных данных:

_____

[**подпись, инициалы, фамилия**]

_____

[**число, месяц, год**]