

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ И БИОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ

(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ)

__ . __ . 20 __ г.

Я, _____

принимаю решение о предоставлении своих персональных и биометрических данных «Залесье», ОГРН 1207600010144, ИНН 7608040352, юридический адрес: 152020, Ярославская область, г.Переславль-Залесский, ул.Кардовского, 45 (далее – «Оператор персональных данных») и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях:

1. Целью обработки персональных и биометрических данных является выполнение поручения физических лиц (субъектов персональных данных), основанного на заключенном в простой письменной форме Договоре об оказании возмездных услуг с Оператором персональных данных об оказании услуг по оказанию медицинской помощи.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия/фамилия при рождении, имя, отчество; дата рождения; место рождения; государство рождения; гражданство/гражданство при рождении; пол; семейное положение; домашний адрес; сведения о регистрации; номер телефона; адрес электронной почты; паспортные данные: серия, номер, кем выдан, дата выдачи; данные внутреннего паспорта; данные свидетельства о рождении; данные о документе на пребывание в РФ; профессия; доходы; название и адрес места работы/ учебного заведения; рабочий телефон; фамилия и имя приглашающего лица; название приглашающей фирмы/организации/учебного заведения; название гостиницы; адрес приглашающей стороны; номер телефона, факса, адрес электронной почты приглашающей стороны; биометрические данные: фотография, отпечатки пальцев.

3. Согласие дается на следующие действия с персональными и биометрическими данными: Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной обработки персональных данных (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменения использования, распространение), передачу (в том числе трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в ФЗ №152 от 27.07.2006 г.

4. Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом: персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством. Персональные данные уничтожаются по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации ООО «Оздоровительный центр «Залесье»; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней). Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 ФЗ №152 от 27.06.2006). Подтверждаю, что в соответствии с п.1 ч.4 ст.18 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» члены моей семьи и мои близкие родственники, а также лица, приглашающие меня в иностранное государство, будут уведомлены мной об осуществлении обработки их нижеперечисленных персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата рождения; сведения о родственных связях; номер контактного телефона; контактный адрес электронной почты; фактический адрес действительного места жительства или места пребывания; сведения об имеющемся гражданстве; наименование, серия и номер действующего документа, удостоверяющего личность.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

подпись

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____

- даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н 1 (далее -ФЗ виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Оздоровительный центр «Залесье».

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). На основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови. Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ. Я проинформирован, что: тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). • доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное окно», обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц. ВИЧ-инфекция передается только тремя путями: • парентеральный — чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливания компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей; • при сексуальных контактах без презерватива; • от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании; а также отдельных видов услуг: проведение обследования (скрининга) беременных, любых видов хирургических, косметологических манипуляций, периодического/предварительного медицинского осмотра, проведение физиотерапевтических процедур, массажа, или иных видов вмешательств, а также при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, в том числе в косметологии и педиатрии, по педиатрии, терапии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), дерматовенерологии, детской эндокринологии, кардиологии, косметологии, лечебной физкультуре, мануальной терапии, неврологии, сердечно-сосудистой хирургии, спортивной медицине, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по сердечно-сосудистой хирургии; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы по экспертизе временной нетрудоспособности.

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-

санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н. К ним, в частности, отнесены: 1. опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; 3. антропометрические исследования; 4. термометрия; 5. тонометрия; 6. неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; 7. неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; 8. исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); 9. лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; 10. функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); 11. ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; 12. введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; 13. медицинский массаж; 14. лечебная физкультура. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения. Даю согласие на проведение мне обязательного психиатрического освидетельствования, настоящим подтверждаю, что мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я имел(-а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(-а) исчерпывающие ответы. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном(-ых) мною лице(-цах), которому(-ым), в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество гражданина, телефон)

(подпись пациента)

___. __. 20__ г.