

Согласие
пациента, находящегося на лечении и (или) под наблюдением в
ООО «Фортуна» на обработку своих персональных данных

Я, _____
дата рождения: _____

проживающий по адресу: _____

телефон _____ паспорт _____, выдан _____

даю согласие ООО «Фортуна», на обработку своих персональных данных: Ф.И.О., дата и год рождения, адрес, сведения об образовании, профессии, место работы или учебы, сведения о составе семьи, сведения о перенесенных заболеваниях (мои и моих родственников), о результатах проведенного обследования и лечения, а также иных сведений, необходимых для установления диагноза, обследования и лечения.

Мои персональные данные содержатся:

- в документе, удостоверяющем мою личность (паспорт);
- в полисе ОМС и (или) ДМС;
- в моей медицинской документации; амбулаторная карта, история болезни, (родов, развития ребенка), выписки из них, результаты проведенного обследования и лечения и т.д.;
- в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (для пациентов, пользующихся льготами, при прохождении ДД и т.д.);
- в справке МСЭ о наличии группы инвалидности;
- в иной информации, сообщенной мною лечащему врачу.

Мои персональные данные могут быть использованы в следующих целях:

- для проведения профилактических мероприятий, в т.ч. и для решения вопроса о направлении на вакцинацию;
- для установления диагноза и организации лечебного процесса,
- для решения экспертных вопросов (определения временной нетрудоспособности и ее сроков, направление на МСЭ, на судебно-медицинскую экспертизу и т.д.);
- для проведения научных исследований;
- для публикаций в научной литературе (обезличенном виде, т.е. Без указания моих ф.и.о.);
- в учебном процессе.

Мои персональные данные могут быть переданы другим, помимо лечащего врача медицинским работникам в интересах моего обследования, лечения, решения экспертных вопросов, в т.ч. для проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи.

Передача моих персональных данных, третьим лицам, в т.ч. моим родственникам, допускается только с моего письменного согласия или письменного согласия моего законного представителя.

Предоставление моих персональных данных третьим лицам без моего согласия, или без согласия моего законного представителя допускаются:

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред моему здоровью причинен в результате противоправных действий;
- в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Правительством РФ;
- для информирования моих родителей или моего законного представителя о моем нахождении в лечебном учреждении (для пациентов в возрасте до 15 лет);
- по письменному запросу органов дознания, следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством. *

Обработка персональных данных будет производиться на бумажных и электронных носителях.

Согласие на обработку моих персональных данных действует на протяжении всего срока лечения и (или) наблюдения медицинскими работниками ООО «Фортуна».

Мне даны разъяснения о последствиях моего отказа от предоставления персональных данных, или предоставления неверных персональных данных.

Я имею право отозвать данное согласие, написав соответствующее заявление.

Подпись пациента _____ / _____

(Ф.И.О. полностью)

« ____ » _____ 2019 г.