

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____ (Ф.И.О. полностью),
проживающий по адресу _____ (по месту регистрации),
паспорт серия и номер _____, выдан (кем и когда) _____,
в соответствии с требованиями части 2 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.» (адрес места нахождения: 644010, г. Омск, ул. Лазо, д.2) моих персональных данных, к которым относятся: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору на оказание платных медицинских услуг. В процессе оказания БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.» мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.», в интересах моего обследования и лечения. Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.» гарантирует, что обработка моих персональных данных осуществляется в соответствии действующим законодательством РФ. Я проинформирован(а), что БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.» будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Одновременно с этим прошу сообщить результаты моих исследований (анализы) доверенному лицу (которому в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья) (Ф.И.О. доверенного лица и телефон) _____.

Данное согласие дано на неопределенный срок. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.». В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.» обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я подтверждаю, что давая свое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Дата: _____ Подпись субъекта персональных данных _____ / _____
(расшифровка подписи)

Информированное добровольное согласие потребителя (законного представителя) на получение платных медицинских услуг

г. Омск _____ 2017г.

Я, гражданин (ка) _____,
Законный представитель _____,
_____ года рождения,

проживающий(ая) по адресу: _____,
ознакомлен(а) с правами и обязанностями пациента, предусмотренными ст. 41 Конституции Российской Федерации, ст. ст. 18-23, 27 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Мне предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

До заключения договора об оказании платных медицинских услуг я получил(а) информацию о БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.», о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и соответствующем ей перечне платных услуг, которые имеет право оказывать БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.», а также о ценах на платные услуги, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике работы медицинских работников и режиме работы организации, о контролирурующих органах как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны).

Я, получив от работников БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, хочу воспользоваться своим правом и даю свое добровольное согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

До заключения договора об оказании платных медицинских услуг я в письменной форме уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.» и согласен(на) оплатить лечение.

Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.».

Я ознакомлен с положением о порядке оказания платных медицинских и иных услуг в БУЗОО «ИКБ № 1 имени Далматова Д.М.».

Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель: _____ / _____
(расшифровка подписи)