

Письменное соглашение пациента на обработку персональных данных
учреждением здравоохранения **ООО «Вектор-М»**
СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, _____
Проживающий по адресу _____
Паспорт _____ выдан _____

дата выдачи _____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку учреждением здравоохранения **ООО «Вектор-М»** _____ (далее – Оператор) моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, и случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях постановления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я представляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор в праве 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) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ОМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____

_____ (территориальным фондом ОМС) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиты от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ (дата) 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.

АНКЕТА

для заполнения пациентами ООО «Вектор-М»

Плановое посещение		Посещение в связи с острой болью	
Фамилия Имя Отчество	Пол	Возраст	Рост/вес
ПОДЧЕРКНИТЕ НУЖНЫЕ ОТВЕТЫ			
Ваша группа крови		Резус-фактор	
Были ли у Вас осложнения, связанные с анестезией или седацией (прием седативных, снотворных, успокаивающих препаратов)?		ДА	НЕТ
Были ли у Вас аллергические реакции на лекарственные препараты, продукты и т. п.?		ДА	НЕТ
Если ДА, то чем купируется приступ?		ДА	НЕТ
К каким лекарственным препаратам у Вас непереносимость (аллергия)?		ДА	НЕТ
Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные препараты?		ДА	НЕТ
Если ДА, то какие?			
Болеете ли Вы в данный момент ОРЗ, гриппом, герпесом?		ДА	НЕТ
Страдаете ли Вы бронхиальной астмой или астматическим бронхитом?		ДА	НЕТ
Случались ли у Вас ранее нарушения мозгового кровообращения (инсульт)?		ДА	НЕТ
Бывают ли у Вас припадки, обмороки, головокружения, пониженное артериальное давление (гипотония)?		ДА	НЕТ
Обнаруживается ли у Вас повышенное артериальное давление (гипертония)?		ДА	НЕТ
Наблюдаетесь ли Вы у врача по поводу аритмии (нарушение ритма сердца)?		ДА	НЕТ
Наблюдаетесь ли Вы у врача по поводу ИБС и стенокардии?		ДА	НЕТ
Был ли у Вас инфаркт миокарда? Когда?		ДА	НЕТ
Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушения свертываемости крови?		ДА	НЕТ
Имеются ли у Вас заболевания щитовидной железы?		ДА	НЕТ
Страдаете ли Вы заболеваниями почек?		ДА	НЕТ
Страдаете ли Вы заболеваниями печени?		ДА	НЕТ
Были ли у Вас травмы головы?		ДА	НЕТ
Страдаете ли Вы эпилепсией (судорожным синдромом)?		ДА	НЕТ
Наблюдается ли у Вас повышение уровня глюкозы (сахара) в крови (диабет)?		ДА	НЕТ
Больны ли Вы ревматизмом, ревматоидным артритом?		ДА	НЕТ
Страдаете ли Вы глаукомой?		ДА	НЕТ
Подвергались ли Вы действию радиации или токсичных веществ?		ДА	НЕТ
Для женщин: наличие беременности или кормление грудью в настоящее время?		ДА	НЕТ
Болели ли Вы (был ли у Вас) гепатит (желтуха), сифилис, туберкулез?		ДА	НЕТ
Употребляете ли Вы наркотические, психостимулирующие средства?		ДА	НЕТ
Курите ли Вы?		ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы ВИЧ инфицированным?		ДА	НЕТ
Укажите, если у Вас какие-либо другие сопутствующие заболевания или перенесенные операции:			

Я искренне ответил(а) на все пункты АНКЕТЫ, дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

Примечание: данная анкета заполняется пациентами на первичном приеме, находится в медицинской карте стоматологического больного. Данная анкета и согласие на обработку персональных данных являются неотъемлемой частью соответствующего договора об оказании платных медицинских услуг.

(подпись)

(ФИО гражданина или законного представителя)

«__» _____ 20__ г.