

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

г. Челябинск

« ____ » _____ 20 __ г.

Я, _____,
(Ф. И. О.)

паспорт гражданина РФ _____, выдан « ____ » _____ 20 __ г.

(когда и кем)

проживающий (ая) по адресу: _____,

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ. настоящим лаю свое согласие на обработку ООО "Центральная стоматология" (г. Челябинск, ул. Курчатова, 28) моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для использования персональных данных в ООО «Центральная стоматология», и распространяется на следующую информацию:

1. Ф.И.О.;
2. Дата и место рождения;
3. Данные паспорта;
4. Данные СНИЛС;
5. Данные места жительства и места регистрации;
6. Данные об образовании;
7. Данные о воинской обязанности (в случае их предоставления);
8. Данные о семейном положении;
9. Данные об имущественном и социальном положении (в случае их предоставления).

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных настоящее согласие отзывается моим письменным заявлением.

Настоящее согласие действует с « ____ » _____ 20 __ г. бессрочно.

(Подпись, расшифровка)

(Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетних лиц подписывают их родители, законные представители).

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

На виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения медицинской помощи

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина)

Являюсь законным представителем ребенка (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) или лица, признанного недееспособным

(Ф.И.О ребенка или недееспособного гражданина, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:

- сбор, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия;
- антропометрические исследования;
- термометрия;
- тонометрия;
- рентгенологические методы обследования;

- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (далее – Перечень) для получения медицинской помощи в клинике ООО «Центральная стоматология».

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск. 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 ч.9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства РФ, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии со ст. 19 п.5 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при необходимости может быть передана информация о состоянии моего здоровья или о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужно зачеркнуть)

(Ф.И.О гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(ФИО гражданина или законного представителя)

Действует с « ____ » _____ 20 __ г. бессрочно