

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия имя и отчество Законного представителя)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Адрес регистрации или места жительства Законного представителя)

на основании документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_  
(Вид документа, серия и номер)

являющийся (-ая) законным представителем Пациента \_\_\_\_\_  
(Фамилия имя и отчество пациента Представляемого)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного (-ой) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Адрес регистрации или места жительства Представляемого)

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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в **ООО «Медицинский центр «Гиппократ»** (далее Клиника).

Вид медицинской услуги в соответствии с договором:

\_\_\_\_\_

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. Медицинского работника)


в доступной для меня форме мне разъяснено о состоянии здоровья Представляемого, 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).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии здоровья Представляемого \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., контактный телефон)

медицинским работником, что я удостоверяю своей подписью:

  
\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Законного представителя полностью)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Медицинского работника)

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПРЕДСТАВЛЯЕМОГО**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия имя и отчество Законного представителя)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Адрес регистрации или места жительства Законного представителя)

на основании документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_  
(Вид документа, серия и номер)

являющийся (-ая) законным представителем Пациента \_\_\_\_\_  
(Фамилия имя и отчество пациента Представляемого)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного (-ой) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Адрес регистрации или места жительства Пациента)

ознакомился с документами **ООО «Медицинский центр «Гиппократ»** (далее – клиника), устанавливающими порядок обработки персональных данных работников, с моими правами и обязанностями в данной области и в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие оператору персональных данных **ООО «Медицинский центр «Гиппократ»** на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный (е) телефоны, адрес электронной почты, возраст;
- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- место работы, занимаемая должность;
- данные о состоянии здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью;
- физиологические особенности человека, состояние здоровья, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации;
- семейное положение, наличие детей, родственные связи, образ жизни, привычки и увлечения, в том числе вредные (алкоголь, наркотики и др.);

Передача персональных данных ограничена исключительно медицинскими целями и обусловлена исключительно технической необходимостью.

Я предоставляю право работникам Оператора, право на обработку персональных данных Представляемого в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными и персональными данными Представляемого с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (за исключением распространения), распространение, в том числе передачу персональных данных иным (третьим) лицам в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) персональных данных. Оператор вправе обрабатывать персональные данные, в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС (договором ДМС), внесения их в электронную базу данных.

Я предоставляю право Оператору передавать полученные в рамках настоящего Договора персональные данные ограниченному кругу третьих лиц: ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО – ТЕСТ». Передача персональных данных другим юридическим или физическим лицам, не указанным в настоящем пункте, запрещена.

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 (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной Представляемому до этого медицинской помощи и обеспечить их.

Данное согласие на обработку персональных данных действует до момента истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие считается данным мною третьим лицам, указанным выше, и третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего заявления.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_



(подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Законного представителя полностью)

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ДИСТАНЦИОННУЮ ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ**

Законный представитель вправе дать согласие на передачу ему информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями.

Предоставлением адреса электронной почты Законный представитель дает согласие **ООО «Медицинский центр «Гиппократ»** (далее Клиника) пересылать информацию, включая обработку и пересылку по электронной почте результатов лабораторной диагностики.

За исключением особо оговоренных случаев, Клиника не пересылает по электронной почте результаты исследований на инфекционную группу, гистологических и цитологических исследований. Законный представитель имеет право самостоятельно получить результаты таких исследований непосредственно в Клинике.

Клиника вправе обезличивать информацию при условии ссылки на номер амбулаторной медицинской карты. При получении обезличенной информации Законный представитель обязуется самостоятельно проверить соответствие указанного номера номеру своей амбулаторной медицинской карты и при обнаружении несоответствия незамедлительно сообщить в Клинику.

Клиника вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации.

Законный представитель предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Клиника не несет ответственности, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к окончному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);
- неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);
- повреждений файлов.

Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Клиники. Клиника вправе приостановить или прекратить дистанционную передачу информации.

Я ознакомлен с указанными выше положениями, Законный представитель \_\_\_\_\_

адрес регистрации \_\_\_\_\_

мобильный телефон \_\_\_\_\_

электронная почта \_\_\_\_\_

Я даю согласие на передачу информации по эл. почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями



\_\_\_\_\_ (подпись Законного представителя)

Я даю согласие на получение информации о специальных предложениях и акциях



\_\_\_\_\_ (подпись Законного представителя)

Я даю согласие на получение информации в связи с напоминанием о записи



\_\_\_\_\_ (подпись Законного представителя)

Я даю согласие на опрос по качеству обслуживания



\_\_\_\_\_ (подпись Законного представителя)

Настоящее согласие дано мной



\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Законного представителя полностью)

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ ГРАЖДАНИНА**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия имя и отчество Законного представителя)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Адрес регистрации или места жительства Законного представителя)

на основании документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

(Вид документа, серия и номер)

являющийся (-ая) законным представителем Пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Фамилия имя и отчество пациента Представляемого)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного (-ой) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Адрес регистрации или места жительства Пациента)

руководствуясь ст. 152.1 Гражданского кодекса Российской Федерации и ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю согласие **ООО «Медицинский центр «Гиппократ»** (далее Правообладатель) на использование изображений Представляемого без выплаты мне вознаграждения.

Я информирован (-а), что изображения Представляемого могут быть использованы на официальном сайте [www.gippomed.ru](http://www.gippomed.ru) / [www.yourmed.clinic](http://www.yourmed.clinic).

Я подтверждаю, что не имею каких-либо требований имущественного характера к Правообладателю в связи с предоставлением настоящего согласия.

Правообладатель имеет право обнародовать и в дальнейшем использовать изображения Представляемого полностью или фрагментарно: воспроизводить, распространять путем продажи или иного отчуждения оригиналов изображений или их экземпляров, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, сдавать в прокат оригиналы или экземпляры изображений, сообщать в эфир и по кабелю, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения.

Правообладатель обязуется не использовать изображение Представляемого способами, порочащими его (ее) честь, достоинство и деловую репутацию.

Изображения могут быть использованы Правообладателем до дня отзыва настоящего согласия в письменной форме.

Настоящее согласие дано мной

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Законного представителя полностью)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Медицинского работника)