

# Стоматология ООО «Праксис»

г. Магнитогорск, ул. Тевосяна 4А, офис 5

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Я, (ФИО полностью) \_\_\_\_\_

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт (серия, номер) выдан (дата, название органа, выдавшего паспорт): \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями ст. 9 федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку стоматологической клиникой ООО «Праксис» (далее ООО «Праксис») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС (ОМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в научных целях при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным соблюдать врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «Праксис» в интересах обследования и моего лечения, в ООО «Праксис» организационных целях клиники. Предоставляю ООО «Праксис» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, научную и статистическую обработку, уничтожение. ООО «Праксис» вправе 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). ООО «Праксис» имеет право, во исполнение своих обязательств по договору ДМС (по работе в системе ОМС), на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации, я разрешаю давать информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагноз и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье) только директору ООО «Праксис», Лотову Вячеславу Викторовичу.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

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

На передаче результатов выполненных мне лабораторных и инструментальных исследований и заключений специалистов открытым и незащищенным каналом (способом) настаиваю. О возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации предупрежден. Претензий к ООО «Праксис» в области связи и информации не имею.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Праксис» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю ООО «Праксис».

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных, ООО «Праксис» обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года и действует бессрочно

---

Подпись, фамилия, имя, отчество полностью (расшифровка подписи)