

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, {ФамилияИмяОтчество} ФИО, зарегистрированный (ая) по адресу {АдресРегистрации},
{Паспорт} паспортные данные,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку организацией **ООО «ТесориМед»**, находящейся по адресу: г. Москва, ул. Садовническая, д. 39, стр. 13, этаж 1, помещ. 6 (далее – «ТесориМед») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, реквизиты паспорта, реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, контактный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях (анамнез, диагноз, вид оказанной медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью) в случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления 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 в «ТесориМед» мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам «ТесориМед» в интересах моего обследования и лечения, оформления необходимой медицинской документации. Предоставляю «ТесориМед» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «ТесориМед» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

«ТесориМед» имеет право на обработку данных 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.

Я проинформирован(а), что электронная почта является открытым источником информации и незащищенным каналом связи. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации, «ТесориМед» ответственности не несет. Я проинформирован(а), что получение результатов лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований в соответствии с Федеральными законами от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и от 27.07.2016 №152-ФЗ «О персональных данных» относится к сведениям, составляющим врачебную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной {ТекущаяДатаПолная} и действует бессрочно.

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

В случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, «ТесориМед» вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 26.06.2006 г.

Контактный телефон(ы):

Прошу отправлять/не отправлять (нужное подчеркнуть) мне результаты анализов и обследований, не содержащие сведения о диагнозе, на следующий адрес электронной почты: _____

Подпись субъекта персональных данных _____ {ФамилияИО}

Дата {ТекущаяДатаПолная}

СОГЛАСИЕ на использование фото - и видеоматериалов

Я, {ФамилияИмяОтчество} (ФИО полностью),
паспорт серии {СерияНомерПаспорта}, выдан {Выдан} {ДатаВыдачи} г
зарегистрированный(ая) по адресу: {Адрес},

в соответствии со ст. 152.1 ГК РФ, ст. 9 и ст. 10.1 ФЗ № 152-ФЗ, ст. 13 ФЗ № 323-ФЗ даю своё письменное согласие ООО «ТесориМед» (далее — «Клиника») на осуществление фото - и видеосъемки меня в ходе оказания медицинских услуг и на дальнейшее использование полученных материалов

1. Объем материалов и сведения, в отношении которых даётся согласие:

- фото и видео «до», на этапах и «после» процедуры _____
- кадры зоны лечения; лицо — только при условии, что оно необходимо для демонстрации эффекта;
- сведения: факт обращения в Клинику, наименование процедуры, описание результата в объеме, необходимом для иллюстрации эффекта; диагноз - только если это необходимо клинического случая.

2. Цели и способы использования материалов:

- размещение на официальном сайте Клиники (damasclinic.ru) и партнерских сайтах
- публикация в официальных аккаунтах Клиники в социальных сетях
- использование в информационных и обучающих материалах Клиники для врачей и пациентов;
- включение в презентационные и демонстрационные материалы Клиники (в том числе буклеты), находящиеся в пределах владения Клиники.

Разрешаю редактирование материалов; кадрирование, цветокоррекцию, повышение четкости – исключительно для улучшения качества изображения. Запрещаю искажать результат, создавать ложное впечатление о гарантированном эффекте, использовать в порочащем контексте.

3. Ограничения по раскрытию персональных данных:

Клиника обязуется не указывать мои ФИО, адрес, дату рождения, номер медицинской карты и иные прямые идентификаторы. Изображение может использоваться без указания имени, с обезличиванием там, где это возможно. Исходные файлы могут храниться в составе медицинской документации без публичного доступа.

4. Добровольность и независимость от оказания услуг:

Я подтверждаю, что даю настоящее согласие добровольно, по собственной воле. Предоставление согласия не является условием оказания мне медицинских услуг, не влияет на объем и качество лечения, а также не является обязательным для получения скидок или иных преимуществ по договору на медицинские услуги.

5. Подтверждение информированности:

Мне разъяснены цели, способы и пределы использования материалов, порядок отзыва согласия, а также риски (в том числе возможность копирования третьими лицами вне контроля Клиники). Я понимаю смысл и правовые последствия настоящего согласия.

Дата: {ТекущаяДатаПолная}

Подпись пациента: _____ / {ФамилияИмяОтчество} (ФИО)

СОГЛАСИЕ на передачу (распространение) персональных данных

Я, {ФамилияИмяОтчество}, зарегистрированный(ая) по адресу {АдресРегистрации}, паспортные данные {Паспорт}, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на распространение организацией ООО «ТесориМед», находящейся по адресу: г. Москва, ул. Садовническая, д. 39, стр. 13, этаж 1, помещ. 6 (далее – «ТесориМед»), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный телефон, паспортные данные, СНИЛС, полис ОМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях предоставления необходимых сведений сторонним медицинским организациям для моего лечения, оказания мне необходимых медицинских и иных услуг,

Я проинформирован(а), что указанное выше распространение моих персональных данных будет осуществляться только в случаях, когда это необходимо в моих интересах, по запросу государственных органов или учреждений, либо по моему прямому указанию (включая, но не ограничиваясь – подготовка копий моей медицинской документации для сторонних медицинских организаций, иных государственных учреждений).

Настоящим я даю свое письменное согласие на передачу (распространение) моих персональных данных в обозначенных выше случаях.

Настоящее согласие дано мной {ТекущаяДатаПолная} и действует бессрочно.

дата

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

В случае отзыва мною согласия на передачу (распространение) персональных данных, «ТесориМед» вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 26.06.2006 г., при этом передача моих персональных данных по моему запросу в сторонние медицинские организации будет невозможна до повторной дачи моего письменного согласия (за исключением передачи данных в предусмотренных законом случаях).

Контактный телефон(ы): {МобТелефон}

Подпись субъекта персональных данных _____ ✓ _____ {ФамилияИО} Дата {ТекущаяДатаПолная}

СОГЛАСИЕ на фото и видеопрокол в целях ведения медицинской документации (внутренний фотопротокол)

Я, {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента полностью), паспорт серии {СерияНомерПаспорта}, выдан {Выдан} {ДатаВыдачи} г., зарегистрированный(ая) по адресу: {Адрес}, в соответствии со ст. 152.1 ГК РФ и ФЗ № 323-ФЗ, даю своё согласие ООО «ТесориМед» (далее — «Клиника») на фото- и видеофиксацию моего состояния и результатов проведённой процедуры _____ (указать название процедуры) исключительно в целях ведения медицинской документации и контроля качества лечения

1. Цель и объём фиксации:

съемка «до», на этапах, «после»;

зона, непосредственно относящаяся к лечению;

без съемки лица, если это не требуется для оценки результата.

2. Использование материалов:

только внутри Клиники: медицинская карта, внутренний фотопротокол, контроль качества, внутренний аудит;

обучение персонала и разбор клинических случаев — только в обезличенном виде;

разрешение возможных спорных ситуаций по качеству лечения.

Материалы не используются для рекламы, публикаций в интернете, соцсетях, буклетах, на сайтах партнёров, а также не передаются третьим лицам в целях продвижения услуг.

3. Хранение и защита:

хранение в защищённой информационной системе Клиники;

доступ — только у уполномоченных медицинских работников;

срок хранения — в соответствии с установленными сроками хранения медицинской документации.

4. Подтверждения:

мне разъяснено, что съемка нужна только для фиксации лечения и контроля качества;

подписание этого согласия не влияет на объём и качество медицинских услуг;

материалы не будут использоваться в рекламных целях и не будут опубликованы;

вознаграждение за съемку не выплачивается.

Дата: {ТекущаяДатаПолная}

Подпись пациента: _____ ✓ _____ / {ФамилияИмяОтчество} (ФИО)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ТРЕТЬИМ ЛИЦОМ (ЛАБОРАТОРИЕЙ)

Я, {ФамилияИмяОтчество}, паспорт: {СерияНомерПаспорта}, {Выдан}, {ДатаВыдачи}, зарегистрированный(ая) по адресу: {Адрес}, действуя свободно, своей волей и в своем интересе, а также подтверждая свою дееспособность, настоящим выражаю свое согласие ООО "ТЕСОРИМЕД" (далее — Оператор), расположенному по адресу: 115035, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Замоскворечье, ул. Садовническая, д. 39, стр. 13, этаж 1, помещ. 6, на обработку моих персональных данных третьим лицом (лабораторией) на следующих условиях.

1. Цели обработки персональных данных

- 1.1. Проведение лабораторных исследований в рамках оказания медицинских услуг.
- 1.2. Передача результатов лабораторных исследований в ООО "ТЕСОРИМЕД" для последующего использования в диагностике и лечении.
- 1.3. Выполнение требований законодательства РФ в области здравоохранения.

2. Перечень персональных данных, подлежащих обработке

2.1. Общие персональные данные:

- ФИО;
- дата рождения;
- пол;
- контактные данные (телефон, e-mail, адрес);
- паспортные данные;
- данные полиса ОМС/ДМС.

2.2. Специальные категории персональных данных:

- сведения о состоянии здоровья;
- результаты лабораторных исследований;
- биоматериалы, предоставленные для анализа.

3. Перечень действий с персональными данными

3.1. Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

4. Третье лицо, которому передаются персональные данные

- 4.1. Наименование лаборатории: ООО «АрхиМед»
- 4.2. Адрес лаборатории: 119435, г. Москва, Саввинская наб., д.23, стр. 2
- 4.3. Лаборатория обязуется соблюдать конфиденциальность и обеспечивать защиту персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

5. Сроки обработки персональных данных

- 5.1. Персональные данные обрабатываются до достижения целей обработки, указанных в разделе 1 настоящего согласия.
- 5.2. По истечении срока хранения персональные данные подлежат уничтожению в порядке, установленном законодательством РФ.

6. Права субъекта персональных данных

6.1. Я имею право:

- получать информацию об обработке моих персональных данных;
- требовать уточнения, блокирования или уничтожения моих персональных данных;
- отозвать настоящее согласие в любой момент путем направления письменного заявления в адрес ООО "ТЕСОРИМЕД".

6.2. Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение 30 календарных дней с момента получения заявления об отзыве согласия.

7. Условия отзыва согласия

7.1. Отзыв согласия производится путем направления письменного заявления по адресу: 115035, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Замоскворечье, ул. Садовническая, д. 39, стр. 13, этаж 1, помещ. 6, либо на электронную почту: damasclinic@yandex.ru

7.2. В случае отзыва согласия Оператор и лаборатория обязаны прекратить обработку персональных данных, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

Дата предоставления согласия: {ТекущаяДатаПолная} г.

Подпись: _____ / {ФамилияИмяОтчество}

(подпись) (Ф.И.О. полностью)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ БИОМЕТРИЧЕСКИХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, {ФамилияИмяОтчество}, паспорт: {СерияНомерПаспорта}, {Выдан}, {ДатаВыдачи}, зарегистрированный(ая) по адресу: {Адрес}, действуя свободно, своей волей и в своем интересе, а также подтверждая свою дееспособность, настоящим выражаю свое согласие ООО "ТЕСОРИМЕД" (далее — Оператор), расположенному по адресу: 115035, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Замоскворечье, ул. Садовническая, д. 39, стр. 13, этаж 1, помещ. 6, на обработку моих биометрических персональных данных на следующих условиях.

1. Цели обработки биометрических персональных данных

- 1.1. Проведение медицинских обследований, диагностики и лечения.
- 1.2. Проведение лабораторных и инструментальных исследований.
- 1.3. Обеспечение выполнения требований законодательства РФ в области здравоохранения.
- 1.4. Ведение медицинской документации и учет результатов обследований.

2. Перечень биометрических персональных данных, подлежащих обработке

- 2.1. Результаты лабораторных исследований (например, анализы крови, мочи, тканей).
- 2.2. Рентгеновские снимки, УЗИ, МРТ и другие изображения, полученные в ходе диагностики.
- 2.3. Данные, полученные в результате дактилоскопии (при необходимости).
- 2.4. Иные данные, относящиеся к физиологическим и биологическим особенностям, позволяющие установить личность.

3. Перечень действий с биометрическими персональными данными

- 3.1. Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение).
- 3.2. Извлечение, использование, передача (предоставление, доступ).
- 3.3. Обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

4. Сроки обработки биометрических персональных данных

- 4.1. Биометрические персональные данные обрабатываются до достижения целей обработки, указанных в разделе 1 настоящего согласия.
- 4.2. По истечении срока хранения биометрические персональные данные подлежат уничтожению в порядке, установленном законодательством РФ.

5. Права субъекта персональных данных

- 5.1. Я имею право:
 - получать информацию об обработке моих биометрических персональных данных;
 - требовать уточнения, блокирования или уничтожения моих биометрических персональных данных;
 - отозвать настоящее согласие в любой момент путем направления письменного заявления в адрес ООО "ТЕСОРИМЕД".
- 5.2. Оператор обязан прекратить обработку моих биометрических персональных данных в течение 30 календарных дней с момента получения заявления об отзыве согласия.

6. Условия отзыва согласия

- 6.1. Отзыв согласия производится путем направления письменного заявления по адресу: 115035, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Замоскворечье, ул. Садовническая, д. 39, стр. 13, этаж 1, помещ. 6, либо на электронную почту: damasclinic@yandex.ru
- 6.2. В случае отзыва согласия Оператор обязан прекратить обработку биометрических персональных данных, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

Дата предоставления согласия: {ТекущаяДатаПолная} г.

Подпись: _____ / {ФамилияИмяОтчество}

(подпись) (Ф.И.О. полностью)