**Согласие на обработку персональных данных к договору**

Я, {Фамилия Имя Отчество} , {Серия Номер Паспорта} , {Выдан}, {Дата Выдачи}, {Адрес}, в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 года, подтверждаю своё согласие на обработку ООО СК «Улыбка 2» (далее – Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Социальном фонде России (СНИЛС), место работы, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в целях 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 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).

Даю свое согласие на предоставление мне информации о состоянии своего здоровья ( выписки из амбулаторной карты, копии амбулаторной карты, кассовый чек ) и другим информационным сообщениям по незащищенным каналам информации (электронной почте, SMS, WhatsApp, Telegram и т.д..)

Email

Телефон

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

Даю согласие на ведение фото и видеопротоколов, в целях: лечебных; научных; безопасности; продвижения услуг клиники; контроля качества оказанной медицинской помощи.

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

Я оставляю за собой право отозвать данное 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 ближайший срок.

{Фамилия Имя Отчество} Ⅴ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ {Текущая Дата Полная}

**Информированное добровольное согласие пациента в возрасте от 18 лет на медицинское вмешательство**

(СОСТАВЛЕНО В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1177н)

Я {Фамилия Имя Отчество} , {Серия Номер Паспорта} , {Выдан}, {Дата Выдачи}

добровольно обращаюсь в ООО СК «Улыбка 2». В полном объеме предоставляю имеющуюся у меня информацию о состоянии моего здоровья, соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, манипуляций и исследований (включая рентгенологические) для получения полной картины состояния моего здоровья, диагностики и определения плана лечения, который врач согласовывает со мной. Я в доступной и понятной форме информирован(а) о результатах предварительного осмотра, получил(а) сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, различных методах лечения и связанных с вмешательством рисках. Мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения и получены на них исчерпывающие ответы. Мне разъяснено, что в ходе лечения, в соответствии с клинической картиной и результатами диагностических мероприятий, может возникнуть необходимость изменения плана лечения. А также врач может назначить дополнительные исследования и процедуры, которые необходимо будет пройти. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться и заблаговременно разъясняться. Мною получены и понятны рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках в период лечения, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению состояния здоровья и снижению Эффективности лечения по моей вине. Я предупрежден(а) и понимаю, что реакция каждого организма на медицинское вмешательство индивидуальна и различные осложнения, о которых мне разъяснено, возможны. Я знаю, что имею право отказаться от предложенного мне лечения. В тоже время, мне разъяснены все возможные последствия отказа при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершенном лечении. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понятен смысл и назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях.

Я {Фамилия Имя Отчество} , Ⅴ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ {Текущая Дата Полная}

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ {Текущая Дата Полная}