

**Информированное добровольное согласие**

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО, Дата рождения, адрес прописки/регистрации)

ДЛЯ ЛИЦ, НЕ ДОСТИГШИХ ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ ИЛИ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН

Я, \_\_\_\_\_ Паспорт: серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан (кем, дата) \_\_\_\_\_

Являюсь законным представителем \_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка/недееспособного полностью, дата рождения)

1. Руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью "Веритас Вью" (ООО «Веритас Вью»), 191040, Санкт-Петербург г, Лиговский пр-кт, дом № 52, литер К, помещение.1Н, оф. 16 (далее – Общество) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, электронная почта, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на следующий срок: бессрочно.

Настоящим я даю согласие Обществу на передачу персональных данных в ЕГИСЗ РФ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения РФ): да / нет \_\_\_\_\_/подпись.

Общество имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Общество обязано прекратить их обработку.

2. Даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств: для получения первичной медико-санитарной помощи в Обществе по договору на оказание медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.  
Медицинским работником \_\_\_\_\_

(ФИО, должность)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, в том числе снижение зрительных функций, вплоть до стойкой их утраты, 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 отказываться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

\_\_\_\_\_  
(ФИО, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись пациент/ зак. представитель)  
(расшифровка)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)