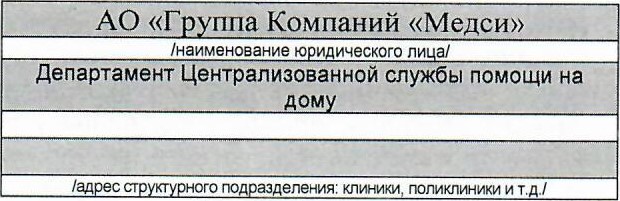
****



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, Королев Даниил Алексеевич | | | | | |
| «14» |  | апреля |  | 2000 | г. рождения, проживающий(ая) по адресу: |
| 194356, Россия, г. Санкт-Петербург, ш Выборгское, дом 5, корп. 1, кв. 10 | | | | | |
|  | | | | | |

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/*ФИО гражданина, одного из родителей, иного законного представителя/*

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медико-санитарной помощи в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*/наименование юридического лица (наименование структурного подразделения клиники, поликлиники и т.д.)/*

Я ознакомлен с указанным ниже Перечнем видов медицинских вмешательств, мне, в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего Информированного добровольного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких нижеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медико-санитарной помощи моему ребенку, лицом, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*/ФИО лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи/*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Перечень видов медицинских вмешательств** | **Нужное отметить**  **ДА/НЕТ** |
| 1. | МАЗОК | ДА |
| 2. |  |  |
| з. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

* Я проинформирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах предлагаемого мне (представляемому лицу) медицинского вмешательства, диагностических и лечебных процедур и возможности непреднамеренного причинения вреда моему здоровью (представляемому лицу) при их проведении, а также о том, что предстоит мне (представляемому лицу) делать во время их проведения;
* Я понимаю необходимость проведения указанного медицинского вмешательства. Мне полностью ясно, что во время манипуляции (процедуры) или после неё могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения), на которое я даю согласие моим врачам;
* Я предупрежден(а) о фактах рисках и понимаю, что проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;
* Мне разъяснено, и я осознаю, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения;
* Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательного сказаться на состоянии здоровья,

Я предупрежден(а) и осознаю, что медицинское вмешательство (манипуляция, исследование, лабораторные методы обследования, инструментальные методы исследования и др.) по объективным причинам и из-за особенностей методик проведения могут оказаться неинформативными, что потребует повторного медицинского вмешательства (манипуляции, исследования, лабораторного метода обследования, инструментальные методы исследования и др.).

Я уполномочию врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения и диагностики, а также в связи возникновением непредвиденных ситуаций в процессе оказания мне (представляемому) оказываемого медицинского вмешательства;

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому лицу) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым лицом) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных препаратах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я согласен(а) на проведение медицинского вмешательства другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны.

Я предупрежден(а) медицинским работником, что:

* в случае добровольного проведения исследования для выявления COVlD-19 в отношении меня (представляемого лица) забранный у меня (представляемого лица) биоматериал и мои персональные данные (данные представляемого лица) для выполнения исследования на COVlD-19 направляются в лабораторию Роспотребнадзора,
* в случае выявления у меня (представляемого лица) вируса COVlD-19 ко мне (представляемому лицу) может быть незамедлительно направлена органами (организациями) государственной системы здравоохранения бригада скорой медицинской помощи (ранее, чем о выявлении станет известно медицинской организации, осуществившей у меня забор биоматериала) для изоляции меня (представляемого лица) в соответствующую медицинскую организацию в условия стационара.

Подписывая настоящее Информированное добровольное согласие, я удостоверяю, что текст моего Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

|  |
| --- |
| Королев Даниил Алексеевич |

*/*ФИО Пациента или Представителя Пациента полностью/ /подпись/ /дата/

Пациент (Представитель пациента) расписался в моем присутствии:

должность, ФИО врача(чей)/ /подпись/ /дата/

Дополнительная информация для Пациента: Согласно ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-03 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Информированное добровольное согласие дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

* несовершеннолетнего не старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, не старше 16 лет или недееспособного лица, если оно по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
* несовершеннолетнего, больного наркоманией, при оказании ему наркологической помощи или несовершеннолетнего при медицинском освидетельствовании в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством РФ случаев приобретения несовершеннолетними полной Дееспособности до достижения ими 18-летнего возраста).

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

1. Если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных выше);
2. В отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
3. В отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
4. В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
5. При проведении судебно-медицинской экспертизы (или) судебно-психиатрической экспертизы.

**Приложение № \_\_ к Приказу № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.**

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, **Пациент**, | | | | Королев Даниил Алексеевич | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | (Ф.И.О. полностью) | | | | | | | | | | | | |
| гражданин | | | Российская Федерация | | | | | | пол (М/Ж): | | М | | дата рождения: | | 14 апреля 2000 г. | |
|  | | | (страна) | | | | | |  | |  |  | | |  | |
| место рождения: | | | | | Санкт-Петербург | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| паспорт: | | 4020 № 653640 | | | | | | выдан: | | 11.09.2020 ГУ МВД РОССИИ ПО Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И | | | | | | |
|  | | (серия и номер) | | | | | |  | | (когда и кем) | | | | | | |
| ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ | | | | | | | | | | | | | | код подразделения: | | 780-007 |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| зарегистрированный(ая) по адресу: | | | | | | | 194356, Россия, г. Санкт-Петербург, ш Выборгское, дом 5, корп. 1, кв. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | (адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса) | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| фактически проживающий(ая) по адресу: | | | | | | | 194356, Россия, г. Санкт-Петербург, ш Выборгское, дом 5, корп. 1, кв. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | (адрес фактического проживания с указанием почтового индекса) | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| контактные телефоны: | | | | | | 79817221196 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | (укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города) | | | | | | | | | | |
| Email: | | da.korolev@corp.mail.ru | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |

***или законный представитель пациента*:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, **ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПациентА**, | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | (Ф.И.О. полностью) | | | | | | | | | |
| дата рождения: | | | | | |  | | | | | место рождения: | | | | | | |  | | | |
| паспорт: | |  | | | | | | | | | | выдан: | | | |  | | | | | |
|  | | (серия и номер) | | | | | | | | | |  | | | | (когда и кем) | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | код подразделения: | | | |  |
| зарегистрированный(ая) по адресу: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | (адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса) | | | | | | | | | | | | |
| контактные телефоны: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | (укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города) | | | | | | | | | | | | | |
| Email: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| на основании: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | (степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| представляющий интересы Пациента: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | (Ф.И.О. пациента полностью) | | | | | | | |
| гражданина | | | | |  | | | | | | | | | | пол (М/Ж): | | | |  | дата рождения: |  |
|  | | | | | (страна) | | | | | | | | | |  | | | |  |  |  |
| место рождения: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| паспорт: | | |  | | | | | | | | | выдан: | | | |  | | | | | |
|  | | | (серия и номер) | | | | | | | | |  | | | | (когда и кем) | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | код подразделения: | | | |  |
| зарегистрированного(ой) по адресу: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | (адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| фактически проживающего(ей) по адресу: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | (адрес фактического проживания с указанием почтового индекса) | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) следующим Операторам:**

**АО «Группа компаний «Медси»,** ОГРН 5067746338732, ИНН 7710641442, адрес (место нахождения): РФ, 123056, г. Москва, Грузинский переулок, д. 3 А. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**АО «Медси 2»,** ОГРН 1037704021992, ИНН 7704261185, адрес (место нахождения): РФ, 119021, г. Москва, Большая Пироговская, д. 7. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

далее по тексту совместно – Операторы.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в том числе в информационных системах Операторов, но не ограничиваясь: «Медиалог», «Инфоклиника», «Smartmed», «Microsoft Dynamics CRM, Microsoft BI, а также с использованием телемедицинских технологий), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг компаниями, входящими в АО «Группа компаний «Медси» и/или АО «Медси 2», а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах АО «Группа компаний «Медси» и/или АО «Медси 2»в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты.

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Операторами способов обработки:1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Операторами, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети АО «Группа компаний «Медси» и/или АО «Медси 2» и лицам, входящих в АО «Группа компаний «Медси» и/или АО «Медси 2», в том числе дочерним компаниям и аффилированным лицам АО «Группа компаний «Медси» и/или АО «Медси 2», а также по защищенным каналам связи (на машинных носителях) иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Операторов, если обработка будет поручена таким лицам. Наименование и адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Операторов: АО «Медси 2», 119021, г. Москва, Большая Пироговская, д. 7, ИНН 7704261185; АО «Группа компаний «Медси», 123056, г. Москва, Грузинский переулок, д. 3А, ИНН 7710641442; ООО «Медси Санкт-Петербург», ИНН 7826117076, 191025, г. Санкт-Петербург, ул. Марата, д. 6; ООО «Клиника здоровья «Медлайф», ИНН 5902038996, 614000, Пермский край, г. Пермь, ул. Газеты Звезда, д. 13, 5 этаж; АО «Медси- Здоровье», 123056, г. Москва, Грузинский переулок, д. 3А, ИНН 7710703674; ПАО «Мобильные ТелеСистемы» (ПАО «МТС»), 109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 4, ИНН 7740000076; ООО «Пост Модерн Технолоджи», 117571, г. Москва, проспект Вернадского, д. 105, к. 2, офис 91, ИНН - 7729387775; ; ООО «ЭсТуЭс Некст», 123557, г. Москва, ул. Пресненский вал, д.27, стр. 8, ИНН 7703818219; ООО «Манзана», 105082, Москва, ул. Фридриха Энгельса, д. 75, стр. 5, ИНН 7701932396; АО «Энвижн Групп», 127055, г. Москва, ул. Новослободская, д. 29, стр. 24, ИНН 7703282175; ООО «Смарт Дельта Системс», 119517, г. Москва, ул. Нежинская, д. 13, корп. АБВГ, ИНН 7729391997; Департамент здравоохранения города Москвы, 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, ИНН 7707089084; Министерство здравоохранения московской области, 143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1, ИНН 5000001162; Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 127994, г. Москва, Вадковский переулок, дом 18, строение 5 и 7, ИНН 7707515984; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6) блокирование; 7) уничтожение.

Операторы также 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). Операторы имеет право во исполнение своих обязательств по договору ОМС, по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора\*, заключенного с Операторами, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Операторам, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Операторам на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами:1) на получение сведений об Операторах, о месте их нахождения, о наличии у Операторов персональных данных, относящихся к моим персональных данных, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Операторов уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении к Операторам с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:1) подтверждение факта обработки персональных данных Операторами, а также цель обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Операторами; 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Операторы при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

**Пациент (Представитель пациента): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** Королев Даниил Алексеевич**\_**

/подпись пациента, либо Представителя пациента, Ф.И.О. полностью/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

\*Договор на оказание медицинских услуг, заключенный с Пациентом (Представителем Пациента/Страховой компанией)

****

**СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ,**

**СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ (РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ НА COVID-19**) **РАБОТОДАТЕЛЮ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, **Пациент**, | | | | | | Королев Даниил Алексеевич | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | (Ф.И.О. полностью) | | | | | | | | | | | |
| гражданин | | | | | Российская Федерация | | | | | пол (М/Ж): | | М | дата рождения: | | 14 апреля 2000 г. | | |
|  | | | | | (страна) | | | | |  | |  |  | |  | | |
| место рождения: | | | | | | | Санкт-Петербург | | | | | | | | | | |
| паспорт: | | | 4020 № 653640 | | | | | | выдан: | | 11.09.2020 ГУ МВД РОССИИ ПО Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И | | | | | | |
|  | | | (серия и номер) | | | | | |  | | (когда и кем) | | | | | | |
| ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ | | | | | | | | | | | | | | код подразделения: | | 780-007 | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| зарегистрированный(ая) по адресу: | | | | | | | | | 194356, Россия, г. Санкт-Петербург, ш Выборгское, дом 5, корп. 1, кв. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | (адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса) | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| фактически проживающий(ая) по адресу: | | | | | | | | | 194356, Россия, г. Санкт-Петербург, ш Выборгское, дом 5, корп. 1, кв. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | (адрес фактического проживания с указанием почтового индекса) | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| контактные телефоны: | | | | | | | | 79817221196 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | (укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города) | | | | | | | | |
| Email: | | | da.korolev@corp.mail.ru | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | |

Руководствуясь **ч. 3 ст. 13 и п. 5 ч.5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** настоящим заявляю о своем согласии на разглашение **/нужное подчеркнуть/**:

Акционерным обществом «Группа компаний «Медси» (ОГРН 5067746338732, ИНН 7710641442, адрес (место нахождения): РФ, 123056, г. Москва, Грузинский переулок, д. 3 А.,

Акционерным обществом «Медси 2» ОГРН 1037704021992, ИНН 7704261185, адрес (место нахождения): РФ, 119021, г. Москва, Большая Пироговская, д. 7

(далее – Медицинская организация) следующих сведений: **результаты исследований на COVID-19** (далее – Результаты исследований), составляющих врачебную тайну, в отношении себя моему работодателю:

|  |
| --- |
| ООО "Мэйл.Ру", г. Москва, пр-кт Ленинградский, д. 39, стр.79, (495)725-63-57 |

***/указать работодателя: название, адрес, контактный телефон, адрес электронной почты/***

Результаты исследований передаются Медицинской организацией моему работодателю только в случае заключения договора оказания платных медицинских услуг между моим работодателем и указанной Медицинской организацией в мою пользу.

Разрешаю Медицинской организации передать Результаты исследований моему работодателю любым из указанных способов: лично (устно), заказным письмом, по электронной почте или по телефону.

Мне разъяснено, что при отправке Результатов исследований на указанный выше адрес электронной почты работодателя Медицинская организация не может гарантировать и не гарантирует защищенность указанного сообщения от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинская организация не отвечает за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

**ПАЦИЕНТ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** Королев Даниил Алексеевич **\_**

/подпись пациента, Ф.И.О. полностью/

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.