Міністерство охорони здоров’я України

 НДСЛ «ОХМАТДИТ»

Відділ радіології

(044) 272-15-91 okhmatdet.rad@gmail.com м. Київ, вул. Стрітенська, 7/9

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА** **ЗГОДА ПАЦІЄНТА**

**НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | | <Повний ПІБ пацієнта> | | | , одержав(ла) |
| у | закладі охорони здоров’я <Клініка> | | | | |
|  |  | | | | |
|  | | |  |  | |

інформацію про характер діагностики, яка буде проводитися мені.

Я даю згоду на зберігання та обробку моїх персональних даних, в тому числі, про проведене мені обстеження, а також результатів обстеження вищезазначеним закладом охорони здоров’я як в паперовому, так і в електронному вигляді, за умови дотримання останнім захисту таких персональних даних відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Інформацію надав лікар | <Лікар> | | |
|  | | (П.І.Б.) |

|  |  |
| --- | --- |
| “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_року | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (дата) | (підпис) |
|  |  |

Я, <Повний ПІБ пацієнта>, згодний(а) із запропонованим планом обстеження та лікування

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ року |  |  |
| (дата) |  | (підпис) |

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА** **ЗГОДА**

**НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ У КОМП’ЮТЕРНІЙ ПРОГРАМІ «ДАЙКОМ-ХАБ»**

(власник – ТОВ «ДАЙКОМ-ХАБ», Код ЄДРПОУ 40835997

Юридична адреса: 01032, м. Київ, вул. Жилянська, 75, п.2, офіс 6)

Я, <Повний ПІБ пацієнта>,

**надаю власнику комп’ютерної програми «Дайком-хаб» свою однозначну згоду на обробку моїх персональних даних,** **у тому числі але не виключно даних, що стосуються** **здоров’я, біометричних або генетичних даних (далі – Персональні дані), а саме**:

* прізвище, ім’я, по-батькові, дата народження, мій контактний телефон, будь-які інші засоби зв’язку тощо;
* дані про медичні обстеження;
* план лікування;
* результати обстежень/лікувань, отриманих у відповідному закладі охорони здоров’я;
* інші відомості, повідомлені мною та внесені даним закладом охорони здоров’я до комп’ютерної програми «Дайком-хаб», зокрема, дані про попередні дослідження, перенесені захворювання, алергічні реакції тощо.

**Метою обробки Персональних даних є реєстрація та запис на консультування, медичні дослідження, лікувальні процедури до відповідного закладу охорони здоров’я, з використанням комп’ютерної програми «Дайком-хаб» відповідно до медичного призначення мого лікаря та внесення отриманих результатів досліджень і лікування відповідним закладом охорони здоров’я» до бази даних комп’ютерної програми «Дайком-хаб» для подальшого ознайомлення з даними результатами моїм лікарем.**

**Даною згодою я надаю дозвіл на:**

1. Подальшу неодноразову обробку, у тому числі, отримання моїх Персональних даних з бази даних, накопичених комп’ютерною програмою «Дайком-хаб», відповідним закладом охорони здоров’я для подальшого збереження моєї історії хвороби (картка пацієнта), виконаних/призначених досліджень/схем лікування тощо, з метою відстеження розвитку захворювання у динаміці та аналізу ефективності призначеного лікування.
2. Подальшу неодноразову обробку, у тому числі, передачу результатів моїх медичних досліджень та інших Персональних даних відповідним закладом охорони здоров’я для подальшого ознайомлення з даними результатами моїм лікарем, із використанням комп’ютерної програми «Дайком-хаб».
3. Внесення моїх Персональних даних до бази даних комп’ютерної програми «Дайком-хаб», безстрокову обробку цих Персональних даних, за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України **«**Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI.

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ <**Короткий ПІБ пацієнта>

*Дата**Підпис П.І.Б.*