

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я: _____

(фамилия, имя, отчество)

проживающий по адресу _____

паспорт _____

(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона № 152-ФЗ от 27.07.2006г. "О персональных данных", даю свое согласие на обработку БУЗОО "Врачебно-физкультурный диспансер", (далее - *Оператор*): моих персональных данных, или персональных данных моего ребенка (*нужное подчеркнуть*)

(фамилия, имя)

(возраст)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (*далее - Персональные Данные*), - 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 медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать Персональные Данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора или другим Операторам, в интересах обследования и лечения, а также осуществлять все действия (операции) с Персональными Данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать 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 ОМС). Я оставляю за собой право отозвать свое 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.

Подпись _____

" _____ "

201 ____ г.

БУЗОО "Врачебно-физкультурный диспансер"

**Информированное добровольное согласие (отказ)
на медицинское вмешательство**

В соответствии со статьей 20 Федерального Закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача в письменной форме информированного добровольного согласия (отказа) гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Я, _____ возраст _____
(фамилия, имя, отчество (полностью)) (полных лет)

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (полностью)) являясь законным представителем ребенка (мать, отец, усыновитель, опекун) _____ (фамилия, имя) возраст _____ (полных лет)

получив от медицинских работников диспансера информацию о характере, методах, объеме исследований, возможных последствиях отказа от медосмотра, _____ на медицинское обследование с целью оформления **(даю согласие или отказываюсь)** допуска к занятиям физической культурой и спортом и участию в соревнованиях.

_____ "_____" _____ 20__ г.
(подпись)

Гражданин получил интересующую его информацию и **согласился (отказался)** на медицинское вмешательство.

Врач _____ "_____" _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)