

## Согласие пациента на обработку персональных, специальных и биометрических данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)  
дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.,

в лице законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным _____			
(Ф.И.О. _____	представителя),	паспорт _____,	выдан _____,
(данный раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения, или недееспособных граждан)			

даю согласие на обработку моих персональных, специальных и биометрических данных Обществу с ограниченной ответственностью «Клиника Глеба Левицкого» (далее – Клиника), фактическое место осуществления деятельности согласно лицензии: г. Москва, Юрловский проезд д. 14 корп. 2.

Перечень персональных данных на обработку которых дается согласие субъекта: фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц, дата рождения, место рождения, номер и серия основного документа, удостоверяющего личность, сведения о регистрации по месту жительства или пребывания, контактный телефон, жилищные условия, семейное положение и состав семьи.

Перечень специальных и биометрических данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фотография, черты лица, отпечатки пальцев, голос, речь, запах, рост, вес, походка, сетчатка и радужная оболочка глаз, роговица глаза, почерк, ДНК, рентгенологические снимки, снимки МРТ.

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

В процессе оказания Клиникой мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (в том числе специальные и биометрические) другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (в том числе специальными и биометрическими), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение данных. Клиника 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 по договорам ДМС. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет с момента последней явки пациента, если лечение было завершено. Срок действия настоящего согласия – бессрочно. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, медицинская организация обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и перевести мою медицинскую документацию только на хранение на установленный законодательством срок.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)