

## Добровольное письменное согласие на обработку персональных данных, данных о здоровье и биометрических данных <sup>1</sup>

В соответствие с требованиями ст.9, ст.11 ФЗ РФ №152 от 27.07.2006г. (с изменениями от 31.12.2017 № 498-ФЗ) «О персональных данных» в связи с обращением за медицинской помощью даю согласие ООО «СК «Галактика», расположенной по адресу: г.Екатеринбург, ул. Московская д. 54

**на обработку персональных данных, данных о моем здоровье, биометрических данных.**

Обработка данных о моем здоровье, 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 РФ сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье и биометрические данные другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты, а также в целях учета оказанных медицинских услуг и выполнения договорных обязательств, проведения расчетов.

Я предоставляю Клинике **право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, данными о моем здоровье, биометрическими данными,** 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.

### В перечень персональных данных входят:

- Ф.И.О.
- Паспортные данные (адрес, дата рождения)
- Сведения о наличии льгот
- Данные страхового медицинского полиса
- № телефона
- Диагноз и данные о состоянии здоровья
- Информация о факте обращения за медицинской помощью.

Срок действия моего согласия считать бессрочным.

Согласие может быть отозвано мной по письменному заявлению.

Дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Я, согласен подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
расшифровка

Я, не согласен подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
расшифровка

<sup>1</sup> **Биометрические данные** – это физиологические, биологические характеристики человека, позволяющие идентифицировать его личность (фотографии, отпечатки пальцев, снимки, слепки и т.д.)