

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных и передачу результатов в
направившее юридическое лицо (предварительные и периодические
медицинские осмотры)**

г. Москва

_____ 201_ г

Я, _____, дата рождения _____, карта пациента № _____, в рамках заключенного договора между **Обществом с ограниченной ответственностью «Медикал Клуб Консилиум»**, адрес: 129226, г. Москва, пр. Мира, д. 211, корп. 2 (далее - «Клиника») и _____ (далее - "Организация") на оказание медицинских услуг, действуя своей волей и в своем интересе,

1. Даю свое согласие Клинике на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, а именно действий, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, с целью организации оказания медицинской помощи в Лечебно-диагностическом центре «ПАТЕРО КЛИНИК», а именно: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии здоровья в целях установления диагноза.

2. Даю свое согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «Медикал Клуб Консилиум»** на передачу результатов обследования, полученных в рамках осмотра по договору _____, копии исследований и врачебных осмотров, в том числе личной медицинской книжки, Организации.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое мне обследование не гарантирует достижение 100% результата и что при оказании медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Клиника не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения и /или диагностики я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6. Мне разъяснено и я осознаю, что все без исключения результаты моих обследований, в том числе личная медицинская книжка, передаются Клиникой Организации. Клиника не хранит у себя дубликаты указанных сведений и не имеет возможности предоставить их мне. С целью ознакомления с результатами исследований, получения их или их копий, а также по любым иным вопросам, связанным с результатами исследований, я буду обращаться непосредственно в свою Организацию.

7. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного документа.

8. Настоящее Согласие мною прочитано и мне понятно, я также полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение и на обработку персональных данных, действующее бессрочно, с момента подписания настоящего документа.

9. Я осознаю и понимаю, что в случае выявления у меня инфекционного заболевания (туберкулез, сифилис, гонорея), результаты моего исследования передаются в течение 2х часов в ОРУИБ, а также сообщается моему работодателю о необходимости отстранения меня от работы на время обследования для подтверждения или опровержения диагноза, а также на время лечения, в случае подтверждения диагноза (на основании СП 3.1/3.2.3146-13 "Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней").

Пациент:

(подпись)