

**Согласие на получение платных медицинских услуг, на обработку
персональных данных пациента**

г. Москва

_____20__г

(ФИО), карта пациента № _____, в рамках публичного предложения (оферты)¹ **Общества с ограниченной ответственностью «Медикал Клуб Консилиум»**, адрес места нахождения: 129226, г. Москва, проспект Мира, д. 211, корп. 2 (далее - «Клиника») на оказание медицинских услуг:

- действующий своей волей и в своем интересе,
- от лица которого действует представитель – (ФИО),
(ненужное исключить)

- дает свое согласие Клинике на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, адрес регистрации по месту жительства, данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, сведения о сроке его действия и иные сведения о полисе ДМС, данные о состоянии здоровья, месте работы, контактные данные и иные сведения, полученные при заполнении анкеты пациента, с целью обеспечения оказания медицинских услуг Клиникой, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Медикал Клуб Консилиум», а в случае получения медицинских услуг по программе добровольного медицинского страхования или получения медицинских услуг по направлению третьими лицами — получить медицинские услуги на этом основании:

1. Я информирован(а) о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, но несмотря на это, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить, а в случае получения медицинских услуг по программе добровольного медицинского страхования или получения медицинских услуг по направлению третьими лицами (в том числе страховыми компаниями) — получить медицинские услуги на этом основании и на условиях, указанных в заключенных договорах между Клиникой и третьими лицами, направившим меня в Клинику, в объеме, согласованном с третьими лицами.

Я осознаю, что Клиника, оказывая мне медицинские услуги по направлению третьими лицами, несет ответственность только за качественное оказание медицинских услуг в указанном объеме, иные претензии я должен(а) предъявлять третьим лицам, направившим меня в Клинику.

2. Я согласен(согласна) с тем, что используемая технология медицинских(ой) услуг(и) не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Клиника не несет ответственности за их возникновение.

3. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения и/или обследования необходимо исполнять все рекомендации, включая подготовки к услугам, а также своевременно сообщать медицинским работникам (врачам и среднему медицинскому персоналу, участвующему в оказании медицинских услуг) достоверную информацию о всех известных ранее данных о состоянии здоровья, в том числе, но не ограничиваясь: о всех имеющихся и перенесенных заболеваниях (включая гемоконтактные инфекции, венерические, психические), операциях, аллергиях и прочих состояниях, принимаемых препаратах и реакции на них.

4. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и/или в соответствии с рекомендациями лечащего врача, выбраны медицинские услуги для получения их в Клинике.

5. Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанных в счете медицинских услуг.

6. Я информирован(а) о том, что в случае прикрепления к Клинике по договору добровольного медицинского страхования (ДМС) я могу обращаться за медицинскими услугами при остром и обострении хронического заболевания в соответствии с программой ДМС, однако в случае получения медицинских услуг за рамками программы ДМС согласен оплачивать их в соответствии с действующим Прейскурантом.

7. Я осознаю, что Исполнитель оставляет за собой право в случае неоплаты оказанной услуги или услуг истребовать сумму задолженности как через претензионный порядок, так и с использованием любых иных действий в рамках действующего законодательства РФ.

8. Я также ознакомлен(а) с действующим перечнем медицинских услуг, при оказании которых может быть предоставлен социальный налоговый вычет, установленным Постановлением Правительства РФ от 19.03.2001 №201.

9. Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, накопление, хранение, обновление, изменение, систематизацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе составляющими врачебную тайну, право обрабатывать мои персональные данные и вносить в медицинскую информационную систему, а также использовать их для получения государственной и оперативной статистической отчетности. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

10. Я предоставляю Клинике право во исполнение обязательств из договоров со страховыми организациями, другими ЛПУ, организациями и врачами, на включение в списки (электронные реестры) и обмен (прием и передачу) персональных данных с использованием машинных носителей и/или по каналам связи, в том числе с использованием шифровальных (криптографических) средств, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

11. Клиника вправе передавать (направлять) на указанные мною:
электронную почту (_____) и контактный телефон (_____) данные результатов приемов (консультаций), анализов и исследований (на электронную почту), SMS-сообщения о готовности результатов исследования, напоминания о визите в Клинику на прием к специалисту или исследование.
В случае предоставления мной сведений **разрешаю** направлять сведения о состоянии здоровья, результаты оказания услуг, заключения специалистов и выписки из истории болезни моему доверенному лицу (_____ **ФИО**) на указанные мною ниже :
электронную почту (_____) и контактный телефон (_____)

(ФИО) _____ (_____)
подпись (согласен /не согласен) ненужное зачеркнуть

12. Настоящим даю Клинике информированное добровольное согласие на проведение консультаций (приемов, осмотров) врачей Клиники с применением телемедицинских технологий, включая, но не ограничиваясь, опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, а при условии первичной очной консультации в Клинике - установку диагноза, а также назначение и коррекция назначенной на очном приеме медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Мне разъяснено, что такие консультации (приемы, осмотры) проводятся только по моему запросу посредством специализированных программных сервисов, а также что я имею право отказаться от консультации (приема, осмотра) врача или потребовать его прекращения.

При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий дистанционное взаимодействие осуществляется посредством аудио- и видеосвязи, передачи электронных сообщений. Консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

Я обязуюсь при осуществлении телемедицинских консультаций ставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения в отсутствие очного приема будут носить рекомендательный характер.

13. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного Заявления при отсутствии задолженностей перед Клиникой. В случае отзыва обработки персональных данных действие данного договора автоматически прекращается.

14. Настоящее Согласие мною прочитано и понятно, я 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.

ФИО

Паспорт серия __ № __
Выдан ____ г.
Кем выдан _____
Адрес _____

Представитель субъекта персональных данных: ФИО

Паспорт серия __ № __
Выдан ____ г.
Кем выдан _____
Адрес _____
Основание полномочий представителя: _____

_____ Подпись