

Приложение № 1 в медицинскую карту

Настоящим я,

_____ (ФИО пациента / заказчика)

даю согласие на обработку, сбор, запись (в том числе аудио и видеофиксацию), систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных о состоянии здоровья (факте обращения за медицинской помощью, жалобах пациента, о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях, результатах оказания медицинской помощи) работниками ООО «ЗУБ», не занимающимися профессионально медицинской деятельностью, в целях выполнения обязательств по договору возмездного оказания медицинских услуг, оформления актов оказанных услуг и первичных медицинских документов, справок об оплате медицинских услуг, их хранения.

Настоящее согласие дано мной, распространяет свое действие при повторных и последующих моих обращениях и действует в течение пяти лет с даты заведения медицинской карты, если мной не будет отозвано ранее.

Дата _____

_____ (подпись)

_____ (ФИО)

Приложение № 2 в медицинскую карту

Настоящим я,

_____ (ФИО гражданина)

подтверждаю, что до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг, в соответствии с п. 15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006, в доступной форме уведомлен(-а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ООО «ЗУБ» (лечащего врача, медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;

Дата _____

_____ (подпись)

_____ (ФИО)