

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента**

Я, Иванов Иванов Иванович, проживающий (-ая) по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, паспорт: серия 0000 номер 000000 выдан ГУ УУ РФ «1» января 2020 г. в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Ваш офтальмолог" (далее – «Оператор») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия и номер документа, кем и когда выдан), адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС и/или ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о месте работы или учебы, данные о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача указанных данных будет осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
- Передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
- Уведомлять об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков, мессенджеров и СМС.
- В процессе оказания медицинской помощи Потребитель дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии, рентгеновские снимки и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования, лечения и оценки качества диагностики, лечения и профилактики. Потребитель дает согласие на использование фотоснимков и рентгеновских снимков врачом в научных публикациях, для демонстрации (на лекциях, в сети интернет).
- Обрабатывать персональные данные пациентов в объеме, необходимом для выполнения медицинской организацией обязанности, предусмотренной п. 16 ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно: осуществлять выгрузку персональных данных и сведений о состоянии здоровья граждан в ЕГИСЗ при помощи Иной информационной системы «МИС Медлок», принадлежащей ООО «Медрейтинг» (ИНН: 2311144947).

Срок хранения моих персональных данных у Оператора соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными: обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов, без использования средств автоматизации;

- обработка моих персональных данных в целях передачи (распространение, предоставление, доступ) их в Систему МедТочка (<https://medtochka.ru>) для систематизации и хранения моих медицинских заключений, в том объеме, который необходим для реализации указанной цели.

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов ООО "Ваш офтальмолог".

Настоящее согласие дано мной «10» сентября 2026г. и действует бессрочно. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных

«10» сентября 2026

\_\_\_\_\_ / Иванов И.И.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, Иванов И.И., «1» января 1980г. рождения, зарегистрированный по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, проживающий по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в .

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ Иванов И.И., \_\_\_\_\_ Симоненко Г. В. «10» сентября 2026