

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Заполняется лицом, достигшим возраста 15 лет

Я, _____ паспорт: серия _____ № _____
дата выдачи _____ выдан _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет

Я, _____ паспорт: серия _____ № _____
дата выдачи _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

(Ф.И.О. полностью)

Реквизиты доверенности или другого документа подтверждающего полномочия представителя

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ ВФД №3 (межрайонный), г. Санкт-Петербург, ул. Автовская, 18; 198152 (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных моего ребенка (Ф.И.О.)

_____, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты документа, удостоверяющего личность и другую информацию, необходимую для заполнения утвержденной медицинской документации (форма 061/у и 042/у), а также данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, 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 (представляемому лицу) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Срок хранения персональных данных, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку.

Осведомлен(а) о том, что в целях обеспечения безопасности на территории медицинского учреждения ведется видеонаблюдение.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно, в случае если согласие не отозвано в письменной форме.

Подпись субъекта персональных данных _____

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств проводимых в СПб ГБУЗ ВФД №3 (межрайонный)**

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ г.
(дата рождения)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет

Я, _____ паспорт: серия _____ № _____

дата выдачи _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

(Ф.И.О. полностью)

В соответствии со ст. 20, ст. 21 и ст. 54 ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю своё согласие на медицинские осмотры и консультативный прием в СПб ГБУЗ ВФД №3 (межрайонный).

Мне разъяснено, что объем обследований (УМО для спортсменов) включает:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую парингоскопию;
- антропометрические исследования;
- термометрию;
- тонометрию;
- неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
- неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- проведение функциональных проб;
- функциональные методы исследования в том числе элетрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, спирометрию, динамометрию, спирографию, электроэнцефалографию (по показаниям).
- осмотр врача по спортивной медицине и ЛФК, врачей-специалистов: офтальмолога, невролога, оториноларинголога, травматолога-ортопеда, хирурга, других специалистов по показаниям;

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем (представляемого), в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях и принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах.

Я подтверждаю, что имел(а) возможность обсудить с врачом все вопросы, связанные с программой обследования (представляемого) и получил(а) исчерпывающие ответы на интересующие меня вопросы.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение медицинского обследования.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.3 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г №323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть).

(Ф.И.О.)

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно, в случае если согласие не отозвано в письменной форме.

Контактный телефон: _____

Подпись спортсмена или законного представителя _____

Подписался в моём присутствии: Врач _____
(Должность, Фамилия И.О.) (подпись)