

В соответствии с пп.5 ч.1 ст. 6 ФЗ № 152 «О персональных данных»  
получение согласия от пациента на обработку его общих  
персональных данных (ФИО, контакты, паспортные  
данные), если она осуществляется  
только в рамках договора на оказание медицинских услуг, не требуется.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на обработку специальных категорий персональных данных (данных о Здоровье), биометрических данных**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года  
рождения, (фамилия, имя, отчество полностью лица, достигшего 18-его возраста)  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ . Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, руководствуясь ст. ст. 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006  
№152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих специальных категорий персональных данных и биометрических данных  
ООО «ГРАКОВ КЛИНИК» (находящемуся по адресу: 241519, БРЯНСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г.О. ГОРОД БРЯНСК, Г БРЯНСК, УЛ СТРОЕВАЯ, СТР.  
29Б, ИНН 3200010330, КПП 320001001, ОГРН 1253200001010 ) (далее – Оператор), а также на обработку указанных данных Пациента, чьим  
законным представителем я являюсь и в отношении, которого принимаю решения (по тексту – Пациент)<sup>1</sup>:

\_\_\_\_\_, «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.,  
(ФИО полностью) (дата рождения)

для предоставления медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих данных и  
данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение  
(обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение  
данных, следующей информации: сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о  
диагностических мероприятиях, назначенному и проведенном лечении, данных рекомендациях, видеозаписях, фотоизображения, фотоизображения, голоса.

Обработка данных о моем здоровье и здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, биометрических данных может  
осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей  
безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и  
безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг  
клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается  
при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем  
здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и  
лечения, а также страховым компаниям, чьим клиентом является Пациент, в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской  
помощи и ее оплаты.

Срок хранения моих персональных данных или данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, срок действия Согласия  
соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может  
осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации  
на указанную электронную почту: \_\_\_\_\_.

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать  
сохранность медицинской тайны и персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который  
может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку  
представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку  
данных о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, в медико-профилактических целях даже в случае  
отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем  
здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего  
согласия иным медицинским организациям, органам следствия

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата составления согласия «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

<sup>1</sup> Заполняется, если заключение договора планируется в пользу третьего лица - При несовпадении Заказчика и Пациента, не достигшего 18-него возраста.

