

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ И БИОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ

(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ)

12.07.2023

Я, Тестов Тест Тестович

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

(вид основного документа, удостоверяющего личность)

проживающий по адресу: **обл. Московская, г. Сергиев Посад, г. Сергиев Посад, ул. Озерная, 2а сооружение 2**

(фактический адрес проживания)

в лице моего представителя (если есть)

Паспорт, выдан:

(у детей указываются данные одного из родителей, либо данные доверенного лица)

проживающий по адресу:

(фактический адрес проживания законного представителя)

действующий(ая) на основании:

(у детей указывается: св-во о рождении, №, дата выдачи / нотариальная доверенность, №, дата)

принимаю решение о предоставлении своих персональных и биометрических данных ООО «АСТРАМЕД+» ОГРН 1205000111007, ИНН 5042155132 юридический адрес: Российская Федерация, 141304, Московская область, г. Сергиев Посад, ул. 1-я Рыбная, д.18/2, этаж 2, помещ.1 (далее – «Оператор персональных данных») и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях: 1. Целью обработки персональных и биометрических данных является выполнение поручения физических лиц (субъектов персональных данных), основанного на заключенном в простой письменной форме Договоре об оказании возмездных услуг с Оператором персональных данных об оказании услуг по оказанию медицинской помощи. 2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия/фамилия при рождении, имя, отчество; дата рождения; место рождения; государство рождения; гражданство/гражданство при рождении; пол; семейное положение; для несовершеннолетних: фамилия, имя, отчество, адрес и гражданство опекуна/законного представителя; домашний адрес; сведения о регистрации; номер телефона; адрес электронной почты; паспортные данные: серия, номер, кем выдан, дата выдачи; данные внутреннего паспорта; данные свидетельства о рождении; данные о документе на пребывание в РФ; профессия; доходы; название и адрес места работы/ учебного заведения; рабочий телефон; фамилия и имя приглашающего лица; название приглашающей фирмы/организации/учебного заведения; название гостиницы; адрес приглашающей стороны; номер телефона, факса, адрес электронной почты приглашающей стороны; биометрические данные: фотография, отпечатки пальцев. 3. Согласие дается на следующие действия с персональными и биометрическими данными: Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной обработки персональных данных (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменения использования, распространение), передачу (в том числе трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в ФЗ №152 от 27.07.2006 г. 4. Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом: персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством. Персональные данные уничтожаются по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации ООО «АСТРАМЕД+»; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней). Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 ФЗ №152 от 27.06.2006). Подтверждаю, что в соответствии с п.1 ч.4 ст.18 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» члены моей семьи и мои близкие родственники, а также лица, приглашающие меня в иностранное государство, будут уведомлены мной об осуществлении обработки их нижеперечисленных персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата рождения; сведения о родственных связях; номер контактного телефона; контактный адрес электронной почты; фактический адрес действительного места жительства или места пребывания; сведения об имеющемся гражданстве; наименование, серия и номер действующего документа, удостоверяющего личность. Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

/Тестов Т.Т./

подпись/ФИО полностью или ФИО представителя

Информированное добровольное согласие на
медицинское вмешательство, в том числе в отношении несовершеннолетнего.

Я, **Тестов Тест Тестович, 11.11.1980** г. рождения

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу:

обл. Московская, г. Сергиев Посад, г. Сергиев Посад, ул. Озерная, 2а сооружение 2

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

обл. Московская, г. Сергиев Посад, г. Сергиев Посад, ул. Озерная, 2а сооружение 2

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Документ удостоверяющий личность:

в отношении , г. рождения

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)
проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Данные свидетельства о рождении ребенка:

- 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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н 1 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **ООО «АСТРАМЕД+»**

Медицинским работником Трегубова М.Ю

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

- 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 Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

- на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял

решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови. Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ. Я проинформирован, что: тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). • доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное окно, обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц. ВИЧ-инфекция передается только тремя путями: • парентеральный — чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливания компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей; • при сексуальных контактах без презерватива; • от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании;

- настоящим подтверждаю, что проинформирован (а) врачом: а) о том, что профилактическая прививка-это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр перед проведением прививки (а при необходимости, медицинском обследовании), которая входит в программу государственной гарантии оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ и предоставляется в государственных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о проведении профилактической прививки, возможных прививочных реакциях и

поствакцинальных осложнениях впоследствии отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и добровольно соглашаюсь на проведение прививки.

- а также отдельных видов услуг: проведение обследования (скрининга) беременных, любых видов хирургических, косметологических манипуляций, периодического/предварительного медицинского осмотра, проведение физиотерапевтических процедур, массажа, или иных видов вмешательств:

- 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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи **Несовершеннолетним**. К ним, в частности, отнесены: 1. опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; 3. антропометрические исследования; 4. термометрия; 5. тонометрия; 6. неинвазивные исследования органа зрения и

зрительных функций; 7. неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; 8. исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); 9. лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; 10. функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); 11. рентгенологические методы обследования и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; 12. введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно; 13. медицинский массаж;

14. лечебная физкультура. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения.

- даю согласие на проведение мне обязательного психиатрического освидетельствования, настоящим подтверждаю, что мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации.

- 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. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. 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. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Тестов Тест Тестович (111) 111-11-11

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

Тестов Тест Тестович (111) 111-11-11

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

Тестов Тест Тестович (111) 111-11-11

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

Тестов Тест Тестович (111) 111-11-11

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

12.07.2023 г.
(дата оформления)

