

**Муниципальное учреждение «Реабилитационный центр для людей
с ограниченными возможностями здоровья» города Магнитогорска**
455021 Челябинская область, город Магнитогорск, проспект Карла Маркса, дом 193

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

(форма для граждан)

Я, _____,
(Фамилия Имя Отчество субъекта персональных данных полностью)

основной документ, удостоверяющий личность (паспорт) _____

(вид, номер, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

проживающей по адресу: _____

настоящим даю свое согласие Муниципальному учреждению «Реабилитационный центр для людей с ограниченными возможностями здоровья» города Магнитогорска, далее — «Оператор», на обработку персональных данных, (см. п.3) на следующих условиях:

1. Согласие дается мною в целях социального обслуживания граждан Муниципальному учреждению «Реабилитационный центр для людей с ограниченными возможностями здоровья» города Магнитогорска соблюдения федеральных законов и иных нормативно-правовых актов Российской Федерации.

2. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ.

3. Типовой перечень персональных данных передаваемых Оператору на обработку:

- | | |
|--|---|
| 3.1. фамилию имя отчество; | 3.19. серия, номер страхового полиса; |
| 3.2. ИНН; | 3.20. место работы (учебы), должность; |
| 3.3. СНИЛС (№ страхового пенсионного свидетельства); | 3.21. автобиография; |
| 3.4. пол; | 3.22. сведения о медицинском обследовании, диагнозы; |
| 3.5. дата рождения; | 3.23. сведения о рекомендуемом лечении; |
| 3.6. место рождения | 3.24. заключения медицинских специалистов о состоянии здоровья; |
| 3.7. гражданство; | 3.25. сведения об ограничении к трудовой деятельности; |
| 3.8. серия и номер паспорта; | 3.26. сведения о подсобном хозяйстве; |
| 3.9. номер пенсионного удостоверения; | 3.27. сведения о состоянии здоровья членов семьи; |
| 3.10. фотография; | 3.28. промежуточные результаты реабилитации; |
| 3.11. адрес места жительства; | 3.29. социальная характеристика семьи; |
| 3.12. адрес регистрации; | 3.30. описание материально-бытового положения; |
| 3.13. серия, номер страхового полиса; | 3.31. наличие факта нахождения гражданина в трудной жизненной ситуации; |
| 3.14. место работы (учебы), должность; | 3.32. сведения о предоставляемых социальных услугах. |
| 3.15. сведения о проживаемых; | |
| 3.16. сведения о льготных документах; | |
| 3.17. информация о доходах; | |
| 3.18. сведения о раздельном проживании; | |

4. Оператор имеет право передавать персональные данные субъекта в комплексные центры социального обслуживания населения города Магнитогорска, правоохранительные органы, Управление социальной защиты населения администрации г. Магнитогорска в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.06.2006г).

6. Настоящее согласие дается до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов содержащих вышеуказанную информацию, определяемых, в соответствии с ФЗ РФ от 22.10.2004 N 125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации» и «Перечнем типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков хранения», утвержденным Приказом Министерства культуры РФ от 25.08.2010 N 558 (5 лет), после чего персональные данные уничтожаются или обезличиваются.

7. Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор обязуется в течение 3 (Трех) месяцев уничтожить, либо обезличить персональные данные Субъекта.

_____ 202 г.

(дата)

_____/_____
(подпись)

(Ф.И.О.)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, (Ф.И.О.) даю согласие Муниципальному учреждению «Реабилитационный центр для людей с ограниченными возможностями здоровья» города Магнитогорска оказывать мне медицинские услуги.

Я ознакомлен(а) в доступной форме с полной информацией о целях, методах оказания медицинской помощи мне (или лицу, интересы которого я представляю), связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен(а), что успех моей реабилитации (или реабилитации лица, интересы которого я представляю) зависит от биологических и анатомических особенностей моего организма. Я даю разрешение врачу составлять диагностические модели, проводить любые диагностические мероприятия, которые врач сочтет нужным провести для оценки состояния моего (или лица, интересы которого я представляю) здоровья и выявления заболеваний. Я также даю разрешение проводить необходимые реабилитационные мероприятия мне или лицу, интересы которого я представляю. Я разрешаю привлекать к реабилитации консультантов на усмотрение врача. Мне объяснены все возможные исходы реабилитации, альтернативные варианты.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Врач предоставил мне предварительно информацию о возможных осложнениях лечения, о возможных неприятных ощущениях, которые могут сопутствовать любому вмешательству в человеческий организм, таких, как боль, тошнота, головокружение, аллергические реакции на медикаменты, гематомы и о других неприятных ощущениях, которые зависят не только от применяемой техники и действий врача, но в гораздо большей степени – от ответной реакции организма. Я проинформирован(а) о возможных неблагоприятных реакциях человеческого организма, в том числе об анафилактических реакциях, об инфекционных осложнениях. Я проинформирован(а) о всех возможных побочных действиях. Вся информация изложена в доступной мне форме, мне полностью понятна.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, обо всех имеющихся у меня (или лица, интересы которого я представляю) известных мне заболеваниях. Указанная информация при мне полностью внесена врачом в амбулаторную карту. Настоящее согласие является, в числе прочего, моим письменным согласием на обработку персональных данных (моих и представляемого мной Пациента) – согласием на совершение любых действий с любыми таковыми данными, включая биометрические. Срок моего согласия на обработку персональных данных равен срокам действия настоящего договора.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить (или приводить лицо, интересы которого я представляю) на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни). Я понимаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима реабилитации, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я согласен (согласна) соблюдать график посещения, не допуская систематических (более 2 раз) опозданий. Я согласен (согласна) с тем, что в случае опоздания более чем на 5 минут мне может быть отказано в предоставлении услуги.

Понимая сущность предложенной реабилитации и уникальность любого человеческого организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат.

Я понимаю, что мне не были даны и не могут быть даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что врач просто использует общепринятые методы реабилитации. Я понимаю, что врач не может нести ответственность за независимые от его воли явления, в том числе за обострение не диагностированных у меня или представляемого мной лица заболеваний.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом и отдаю себе отчет в том, что он влечет для меня (и/или представляемого мной лица) определенные правовые последствия.

_____ 202 ____ г.
(дата)

_____/_____
(ФИО) (подпись Заказчика)