

# ЗГОДА ПАЦІЄНТА

## на використання та обробку його персональних даних

Я, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ р. н., зареєстрований за адресою: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, своїм власним підписом підтверджую точність та абсолютну достовірність усіх вищезазначених персональних даних та **усвідомлено даю згоду на їх використання та обробку**

***(зазначити назву юридичної особи, яка є засновником медичного закладу, чи фізичної особи-підприємця, що здійснює індивідуальну медичну практику).***

Я розумію, що збір, обробка, використання та зберігання таких даних персоналом Медичного закладу (***фізичною особою-підприємцем***) не порушує моїх прав і законних інтересів, у т.ч. передбачених Законом України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 р. № 2297-VI, та проводиться у рамках медичного процесу **з метою** оформлення та обліку статистичної документації, правовідносин, а також для забезпечення комунікацій.

Свої персональні данні(в тому числі і дентальні фотографії) я надаю особисто та дозволяю персоналу та адміністрації Медичного закладу їх обробляти, використовувати та зберігати для оформлення медичної, статистичної, інформаційної, правової та іншої документації, занесення до інформаційних, клієнтських баз даних тощо, у випадках, коли це необхідно та/чи пов'язано із моїм медичним обслуговуванням, оформленням правовідносин, та для зв'язку зі мною. Доступ та передача моїх персональних даних чи фотографій, зібраних із зазначеною метою, третіх осіб (страхової компанії, правоохоронних та контролюючих органів тощо) повинні відбуватися виключно згідно із чинним законодавством при наявності відповідних повноважень.

Я попереджений (-на), що у випадку надання неточної, недостовірної чи неповної інформації усі негативні правові та інші наслідки покладаються на мене. Мені зрозуміло, що при медичному обслуговуванні може виникнути необхідність збирання додаткових персональних даних, тому я не заперечує щодо цього при додержанні вимог чинного законодавства.

Мені також доведено, що Медичний заклад (***фізична особа-підприємець***) зобов'язується забезпечити збереження повної конфіденційності всіх моїх персональних даних відповідно до положень Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 р. № 2297-VI.

Пацієнт: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*підпис* *прізвище та ініціали*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.