

## АНКЕТА ПАЦІЄНТА

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

Дата та рік народження \_\_\_\_\_

Професія \_\_\_\_\_

Адреса проживання \_\_\_\_\_

Контактні телефони /дом., роб., моб./ \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Про медичний центр мені стало відомо \_\_\_\_\_

Чи даєте згоду працівникам ТОВ «Періо Центр» відправляти на адресу Вашої електронної пошти наступну інформацію: дані обстеження; план лікування; випуски із медичної документації; консультаційні випуски; планування та графік лікування; призначення та рекомендації лікуючого лікаря. Так / Ні\*

*\*Необхідне підкреслити*

Своїм власним підписом я підтверджую точність і абсолютну достовірність усіх вищезазначених персональних даних. Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних персоналом ТОВ «Періо Центр» за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 р. № 2297-VI. Я розумію, що збір, обробка, використання та зберігання таких даних персоналом Медичних закладів не порушує моїх прав і законних інтересів, та проводиться у рамках медичного процесу з метою оформлення та обліку статистичної документації, правовідносин, а також для забезпечення комунікацій. Я розумію, що збір, оброблення, використання та зберігання таких даних персоналом Медичних закладів не порушує моїх прав і законних інтересів.

Дані про свою особу/особу своєї дитини або законних представників я надаю особисто і дозволяю персоналу та адміністрації Медичних закладів їх обробляти, використовувати та зберігати для оформлення медичної, інформаційної, правової та іншої документації, внесення до інформаційних, клієнтських баз даних тощо, у випадках коли це необхідно та/або пов'язано із моїм медичним обслуговуванням або оформленням правовідносин.

Я як пацієнт попереджений, що у разі 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 заперечую щодо цього при дотриманні вимог чинного законодавства.

Своїм власним підписом я також підтверджую факт ознайомлення з Правилами внутрішнього розпорядку (перебування та обслуговування пацієнтів), які знаходяться в Куточку споживача Медичних закладів.

Дата \_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_

Примітка: ТОВ "ПЕРІО ЦЕНТР" зобов'язується забезпечити збереження повної конфіденційності всіх даних пацієнта та виконання положень Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 р. № 2297-VI.