

ООО "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ"
119049, Москва, Ленинский проспект, д.2А, комн.3-31, 37-42
ОГРН 5157746173217 ИНН 7706431379

**Информированное согласие на аудио-видеонаблюдение и аудио-, фото – и
видеофиксацию в отделениях/кабинетах**

Я, _____, « » _____ г.р.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо его законного представителя)

Документ: серия _____ номер _____, кем выдан: _____
_____, дата выдачи: « ____ » _____,

Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, или на недееспособных граждан

В отношении _____, « » _____ г.р.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

Документ: серия _____ номер _____, кем выдан: _____
_____, дата выдачи: « ____ » _____,

Зарегистрирован(а) по адресу: _____

информирован (а) о том, что в медицинских отделениях и кабинетах ООО "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ" ведется фото-аудио-видеонаблюдение и фиксация с целью охраны моих законных прав и интересов, а также интересов медицинской организации при осуществлении видов разрешенной медицинской деятельности, в том числе для разрешения спорных вопросов при проведении проверок деятельности организации, осуществления врачебно-экспертной работы и проведения мероприятий по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, с целью соблюдения внутриобъектового режима и проведения предупредительных мероприятий

В том числе, данные видеонаблюдения могут быть использованы при возникновении спорных вопросов оказания мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи.

ООО "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ" гарантирует, что полученные данные фото-аудио-видеонаблюдения и фиксации являются конфиденциальной информацией, защищены от доступа посторонних лиц или утраты, и не будут распространяться или передаваться в открытое пользование, третьим лицам, кроме случаев передачи, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ/ НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ

(нужное подчеркнуть)

на частичное ограничение моего права на неприкосновенность частной жизни и личной информации (приватности) на время нахождения в Центре посредством фото-аудио-видео наблюдения и фиксации, а также сбора и хранения полученных данных в перечисленных целях.

Я информирован(а) что настоящее согласие действует с момента его подписания, и может быть отозвано в письменном виде.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, сотрудником Центра мне в доступной форме представлена полная информация о целях, методах фото-аудио-видеофиксации, я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы от уполномоченных сотрудников, мне понятен смысл и я принимаю условия данного документа, что я и удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента или
законного
представителя пациента

(подпись)

(Фамилия (полностью), И.О)

« » _____ г.

Пациент или законный представитель пациента подписался в моем присутствии:

Подпись сотрудника
принявшего согласие

(подпись)

(Фамилия (полностью), И.О)