

обследования и в листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрывая никакой информации о изменениях состоянии моего здоровья с момента оказания мне стоматологических услуг по сегодняшний день.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Я проинформирован, что центр семейной стоматологии ООО «Виола» (ИНН 2466181116, КПП 246601001) гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами. Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации. Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я предупрежден (на) и даю согласие на фото и видео съемку в Центре семейной стоматологии ООО «Виола», для контроля качества оказания медицинской помощи.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Я подтверждаю, что для принятия решения о Согласии я имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(-ла) исчерпывающие и мне понятные ответы и разъяснения, включая медицинские термины и понятия.

С прейскурантом центра семейной стоматологии ООО «ВИОЛА» ознакомлен (а).

Я разрешаю использовать информацию о состоянии моей полости рта, без указания имени и фамилии, фотографии и видео моих зубов (без лица) в научных и учебных целях, для оценки качества стоматологического лечения, публикации на сайте клиники, а также, предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, дополнительных условий мною не выдвигается.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью моей медицинской амбулаторной карты (истории болезни), договора на оказание мне платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я проинформирован(-а) врачом-стоматологом об особенностях предстоящего профилактического осмотра и даю свое согласие приступить к профилактическому приему, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / [CLIENT.FULLNAME]

Подпись врача: _____ / [TREAT.DFULLNAME]

[BDate]