

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящее согласие на обработку персональных данных составлено в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152 от 27.07.2006 "О персональных данных".

Настоящим я подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ "ГСП № 2" (далее "Оператор") моих персональных данных, включающих: Ф.И.О., пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, профессию и место работы, данные о состоянии здоровья, заболевание в случаях обращения за медицинской помощью с целью установления медицинского диагноза и для оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить врачебную тайну.

В процессе оказания "Оператором" медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам "Оператора" в интересах обследования и лечения.

Предоставляю "Оператору" право осуществлять все действия с персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. "Оператор" вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

"Оператор" имеет право во исполнение своих обязательств по работе при оказании медицинских услуг на обмен персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Также я даю согласие _____/подпись, **полностью отказываюсь от дачи согласия** _____/подпись, на обработку моих **биометрических персональных данных** согласно ч.1 ст.11 Федерального закона № 152 от 27.07.2006 "О персональных данных", зафиксированных на материальных носителях в виде фото-, видео-, аудио-протоколов для использования в целях контроля качества предоставляемых услуг, а также в научных, образовательных и демонстрационно-информационных целях лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить врачебную тайну.

Настоящее согласие дано мной «____» _____ 201____ г. и действует до дня отзыва в письменной форме согласно пп.8 п.4 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

"Оператор": СПб ГБУЗ «ГСП№ 2», СПб, 8-я линия В.О., д.41, А, телефон: 323-09-61

Пациент: _____

Дата "____" _____ 201____ г.

Явка с целью (консультация, диагностика, лечение, другое) _____

Данные объективного исследования

Внешний осмотр:

Признаки значимой асимметрии лица _____, снижение межальвеолярного расстояния _____

Состояние видимых кожных покровов _____

Лимфатические узлы / пальпация, осмотр (подъязычные, подчелюстные, околоушные, шейные) _____

Онкоосмотр протоков слюнных желез, подъязычной, ретромолярной, подчелюстной областей; передней, боковой поверхностей шеи _____

Осмотр полости рта:

КПУ _____

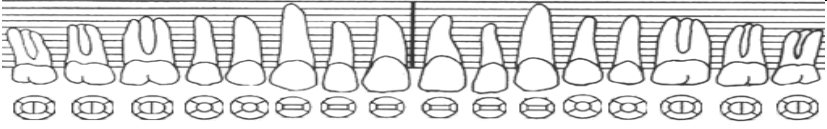
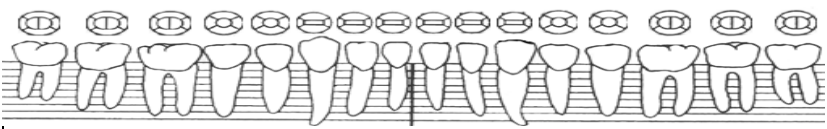
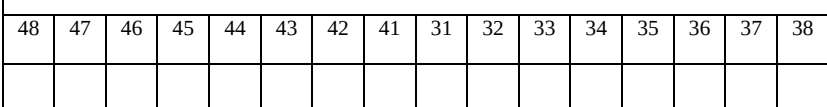
РМА _____

ИГ _____

Состояние зубов:

Условные обозначения:

Отсутствует - О, корень - R, кариес - С, пульпит - Р, периодонтит - Рт, пломба - П, коронка - К, искусственный зуб - И, клиновидный дефект - Кл/д, непрорезавшийся - Ret, имплантат - f, степень подвижности - I, II, III

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
															

Некариозные поражения (первичные, вторичные, патологическая стираемость) _____

Прикус: ортогнатический, прямой, прогнатия, прогения, перекрестный, глубокий, глубокий травмирующий, открытый, фиксированный, нефиксированный, сниженный _____

Зубочелюстные аномалии _____ **Вторичные деформации** _____

Нарушение функций ВНЧС, жевательных мышц _____

Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба: первичные, вторичные высыпные элементы, отек, гиперемия, гемангиома, заболевания пародонта, гингивит, пародонтит, пародонтома, рецессия, аномалии прикрепления, тяжей уздечек (есть/нет, нужно подчеркнуть) _____

Подпись врача _____ Фамилия врача _____