



## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, дееспособное лицо, достигшее восемнадцатилетнего возраста свободно, своей волей и в своем интересе, предоставляю согласие на обработку моих персональных данных, включая: фамилию, имя, отчество, дату рождения, возраст, пол, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, номер мобильного телефона, адрес электронной почты, сведения о состоянии здоровья и оказанных медицинских услугах, адрес места жительства, сведения о платежных (банковских) реквизитах обществу с ограниченной ответственностью «Система Телемед» (ОГРН 1197746733095, ИНН 9717088862, КПП 771701001, адрес 129626, г Москва, проспект Мира, дом 102, стр. 31, эт. 2), далее именуемому «Администратор сервиса», для целей использования программно-аппаратного комплекса в форме сайта по адресу в сети Интернет <https://hellodoc.app>, <https://hello-doc.ru>, а также приложений для мобильных устройств «Hello, Doc! для пациента» (далее – «Сервис»), а также медицинским организациям, указанным в приложении № 1 к настоящему согласию (далее – «Медицинские организации») с использования возможностей Сервиса, с целью организации оказания медицинской помощи Администратором сервиса, с целью заключения и исполнения договоров оказания платных медицинских услуг Медицинскими организациями.

Я подтверждаю, что ознакомился и выражаю добровольное согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с Положением об обработке и защите персональных данных доступном по адресу [https://hellodoc.app/documents/personal\\_data\\_policy.pdf](https://hellodoc.app/documents/personal_data_policy.pdf) и Политикой конфиденциальности [https://hellodoc.app/documents/privacy\\_policy.pdf](https://hellodoc.app/documents/privacy_policy.pdf).

Обработка моих персональных данных осуществляется Администратором сервиса, Медицинскими организациями любых операций с персональными данными с использованием или без использования средств автоматизации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в соответствии с Положением об обработке и защите персональных данных доступном по адресу [https://hellodoc.app/documents/personal\\_data\\_policy.pdf](https://hellodoc.app/documents/personal_data_policy.pdf) и Политикой конфиденциальности [https://hellodoc.app/documents/privacy\\_policy.pdf](https://hellodoc.app/documents/privacy_policy.pdf). Медицинские организации обрабатывают персональные данные согласно Положениям об обработке персональных данных размещенных на официальных сайтах согласно Приложению № 1.

Я подтверждаю, что Медицинские организации и Администратор сервиса вправе осуществлять обмен моими персональными данными в целях оказания мне медицинских услуг и предоставления мне информации об оказанных медицинских услугах.

Я подтверждаю, что Медицинские организации и Администратор сервиса вправе передавать персональные данные иным медицинским организациям с целью организации оказания мне медицинской помощи.

В случае если мной будут сдаваться тесты на выявление коронавирусной инфекции COVID-2019 в соответствии со ст. 3, ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим дополнительно предоставляется согласие Медицинской организации в целях размещения результатов лабораторных исследований (диагностики новой коронавирусной инфекции COVID-2019) на Едином портале государственных услуг предоставляется согласие на передачу третьим лицам, а именно на передачу, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 27.03.2021 №452, в федеральное бюджетное

учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека подлежащих обработке моих нижеперечисленных персональных данных:

- Общие (фамилия, имя, отчество; серия и номер документа, удостоверяющего личность, или патента (для иностранных граждан), номер полиса ОМС, СНИЛС, фактический адрес)
- Контактные данные (номер мобильного телефона)

Настоящее согласие предоставляется без ограничения срока его действия и может быть отозвано мной посредством направления письменного уведомления в адрес Администратора сервиса и Медицинских организаций. Я осведомлен, что в случае отзыва настоящего согласия Медицинские организации и Администратор сервиса продолжать обработку моих персональных данных путем хранения медицинской документации с моими персональными данными в течение установленных законодательством сроков хранения медицинской документации.

Я предоставляю Администратору сервиса право направлять мне на электронную почту или номер мобильного телефона информационные и рекламные сообщения о порядке использования Сервиса, запланированных или оказанных медицинских услугах, возможности и стоимости получения медицинских услуг. Я осведомлен, что вправе отказаться от получения сообщений в любой момент, уведомив Администратора сервиса по адресу, указанному в настоящем согласии.

К согласию на обработку персональных данных

**Перечень медицинских организаций**

1. Общество с ограниченной ответственностью «МЕДИКО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР ЮЖНЫЙ» (ОГРН 1027739411897, ИНН 7726085624, КПП 772601001, адрес 117587, Москва г, Варшавское ш, дом № 126). Официальный сайт в сети Интернет <https://yuzhny.ru>.
2. Общество с ограниченной ответственностью «Лаборатория Гемотест» (ОГРН 1027709005642, ИНН 7709383571, КПП 770201001, адрес 107045, город Москва, Рождественский б-р, д.21 стр.2). Официальный сайт в сети Интернет <https://gemotest.ru>.
3. Общество с ограниченной ответственностью «Научно-производственная Фирма «ХЕЛИКС» (ООО «НПФ «ХЕЛИКС», лицензия № ЛО-23-01-014905 от 10.11.2020 выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края), (ОГРН 1027801545925, ИНН 7802122535, КПП 78020100, адрес 194044, г. Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 20, лит. А). Официальный сайт в сети Интернет <https://helix.ru>

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

**на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, дееспособное лицо совершеннолетнее лицо настоящим предоставляю обществу с ограниченной ответственностью «МЕДИКО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР ЮЖНЫЙ» (ОГРН 1027739411897, ИНН 7726085624, КПП 772601001, адрес 117587, Москва г, Варшавское ш, дом № 126), информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения мной и/или лицом, законным представителем которого я являюсь (Пациент), первичной медико-санитарной помощи

№ п/п	Вид медицинского вмешательства
1	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза
2	Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3	Антропометрические исследования (рост, вес, окружность головы и др.).
4	Термометрия (измерение температуры тела).
5	Тонометрия (измерение давления).
6	Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7	Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций
8	Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9	Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, цитологические, гистологические и др., включая заборы крови, мочи, кала, слюны, пота и прочих биологических жидкостей и тканей
10	Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спиртография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), УЗИ с вагинальными и ректальными датчиками и др.
11	Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, компьютерная томография (КТ), Рентгенологическая и ультразвуковая, денситометрия, Магнито-резонансная томография (МРТ) и другие лучевые методы исследования
12	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, в суставы, методом электрофореза и др.
13	Медицинский массаж и иглотерапия.
14	Лечебная физкультура.

Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

- Я проинформирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах предлагаемого мне медицинского вмешательства, диагностических и лечебных процедур и возможности непреднамеренного причинения вреда моему здоровью при их проведении, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- Я понимаю необходимость проведения указанного медицинского вмешательства. Мне полностью ясно, что во время манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения), на которые я даю согласие моим врачам.
- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья:
- Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения и диагностики, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций в процессе оказания мне (представляемому) оказываемого медицинского вмешательства.
- Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- Я даю согласие на оказание медицинской помощи на платной основе;
- Я согласен(на) на проведение медицинского вмешательства другими медицинскими работниками в том числе работниками иных Медицинских организаций, с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Настоящее согласие предоставлено мной на условиях пользовательского соглашения об использовании Сервиса в форме электронного документа и является равнозначным документу на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью.