

государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области
«Областной перинатальный центр»
(ГБУЗ ВО «ОПЦ»)

Настоящее информационное согласие пациента разработано в соответствии с ч. 4 ст. 9, ст. 11 Федерального закона от 27.06.2006 г № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 152.1 Гражданского кодекса Российской Федерации

Информационное согласие пациента на
сбор информации посредством видеонаблюдения и аудиозаписи во время его нахождения,
включая время оказания медицинской помощи, в здании
ГБУЗ ВО «ОПЦ»

Я, _____

(ф.и.о., адрес субъекта персональных данных (законного представителя) номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

ознакомлена с тем, что в здании государственного бюджетного учреждения здравоохранения Владимирской области «Областной перинатальный центр» (далее – учреждение) ведется видеонаблюдение и аудиозапись с целью охраны моих законных интересов и деятельности учреждения, в том числе разрешения спорных вопросов при проведении проверок деятельности учреждения, осуществлении экспертизы качества оказания медицинской помощи, судебных споров и т.д.

Видеокамеры расположены во всем здании учреждения включая приемную, родильный зал, предродовую, коридоры, холл, прилегающие территории и т.д.

Видеонаблюдение и аудиозапись применяются на основании принятых в надлежащем порядке внутриорганизационных документов.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области «Областной перинатальный центр» гарантирует, что полученные данные видеонаблюдения и аудиозаписи будут защищены от доступа посторонних лиц или утраты и не будут распространяться или передаваться в открытое пользование, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Я _____ на ограничения моей приватности во время
(выбрать нужное: согласна, не согласна)
нахождения в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Владимирской области «Областной перинатальный центр» посредством видеонаблюдения и аудиозаписи сбора и хранения, данных видеонаблюдения и аудиозаписи и подтверждаю это своей личной подписью: _____

При возникновении спорных вопросов оказания мне медицинской помощи в учреждении могут быть использованы данные видеонаблюдения и аудиозаписи.

Я подтверждаю, что текст информационного согласия пациента мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа.

_____ « » 20 г.
(Ф.И.О. пациентки) (подпись)

_____ Ф.И.О. дата подпись законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

подпись

Ф.И.О. печать врача