

АНКЕТА персональных данных - заполняет Потребитель и(или) Законный представитель.

Ф.И.О. Потребителя полностью _____
Дата рождения полностью _____
Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____, номер _____,
Выдан _____ дата выдачи _____
СНИЛС _____ ИНН _____
Адрес места регистрации(пациента) _____
Адрес места проживания(пациента) _____
ТЕЛЕФОН (пациента) +7 _____ e-mail _____
ОТКУДА ВЫ УЗНАЛИ О НАС? _____

Раздел заполняется:

- законным представителем лица, не достигшего 18 лет;
- законным представителем лица, признанного недееспособным;
- представителем по доверенности (иному документу)

Ф.И.О. Законного представителя полностью _____
Дата рождения полностью _____
Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____, номер _____,
Выдан _____ дата выдачи _____
Адрес места регистрации _____
Адрес места проживания _____
ТЕЛЕФОН+7 _____ e-mail _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, Потребитель _____,

Я, Законный представитель _____.

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) с использованием средств автоматизации Обществом с ограниченной ответственностью ООО «СВОИ ЛЮДИ», расположенному по адресу: 141014, Московская обл., г. Мытищи, ул. Трудовая, д. 22, помещение VII, в целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации, отражения информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: Ф.И.О, пол, возраст, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные, СНИЛС, ИНН, данные о состоянии здоровья, семейное положение, контактный телефон, биометрические (в том числе фото-видеозаписи, рентгеновские снимки), электронный адрес (e-mail), другая информация, содержащаяся в принадлежащих мне (представляемому мной лицу) и/или относящихся ко мне (представляемому мной лицу) документах и иных источниках, предоставленных ООО «СВОИ ЛЮДИ», или полученных им в установленном законом порядке. В отношении указанных персональных данных я даю согласие на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

Согласен на получение сообщений посредством SMS-сообщений, сообщений в мессенджерах, мобильных приложениях, социальных сетях.

Согласен, что в стоматологической клинике ООО «СВОИ ЛЮДИ» ведётся видеонаблюдение с целью осуществления контроля по обеспечению безопасности и сохранности имущества.

Подпись пациента или законного представителя _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

АНКЕТА ДЛЯ СБОРА АНАМНЕЗА ПОТРЕБИТЕЛЯ

(заполняется пациентом, либо законным представителем)

Когда Вы посещали стоматолога? Укажите приблизительный период предыдущего посещения был(а) в период: полгода, более 1 года, более 2х лет (нужное подчеркнуть)

Болеете ли Вы в данный момент ОРЗ, гриппом, герпесом, COVID19? Нужно подчеркнуть	ДА		НЕТ	
Были ли у Вас осложнения, связанные с анестезией или седацией?	ДА		НЕТ	
Были ли у Вас аллергические реакции на лекарственные препараты?	ДА		НЕТ	
К каким лекарственным препаратам у Вас непереносимость(аллергия) -				
Какие лекарственные препараты Вы принимаете? _____				
Являетесь ли Вы ВИЧ-инфицированным?	ДА		НЕТ	
Курите ли Вы?	ДА		НЕТ	
Употребляете ли Вы наркотики?	ДА		НЕТ	
Были ли у Вас травмы головы?	ДА		НЕТ	
Периодически возникающие язвы полости рта, герпес?	ДА		НЕТ	
Страдаете ли Вы нижеперечисленными заболеваниями:				
-сердца (стенокардия, сердцебиение, отдышка)	ДА		НЕТ	
-почек	ДА		НЕТ	
-печени	ДА		НЕТ	
-желудочно-кишечного тракта	ДА		НЕТ	
-Легких (бронхиальная астма или астматическим бронхитом)	ДА		НЕТ	
-Щитовидной железы	ДА		НЕТ	
Эпилепсией (судорожным синдромом)	ДА		НЕТ	
Диабетом (повышение уровня глюкозы в крови)	ДА		НЕТ	
ревматизмом, ревматоидным артритом	ДА		НЕТ	
глаукомой (заболевание глаз)	ДА		НЕТ	
гайморовых пазух	ДА		НЕТ	
Венерическими заболеваниями	ДА		НЕТ	
Случались ли у Вас когда-либо нарушения мозгового кровообращения (инсульт)?	ДА		НЕТ	
Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление (гипотония)?	ДА		НЕТ	
Обнаруживается ли у Вас повышенное артериальное давление (гипертония)?	ДА		НЕТ	
Был ли у Вас инфаркт миокарда? Когда?	ДА		НЕТ	
Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушения свертываемости крови?	ДА		НЕТ	
Для женщин: наличие беременности или кормление грудью в настоящее время?	ДА		НЕТ	
Болеете ли Вы (был ли у Вас) гепатит (желтуха), сифилис, туберкулез? -	ДА		НЕТ	
Укажите, если у Вас есть(были) какие-либо другие заболевания или перенесенные операции за последние 5 лет:	ДА		НЕТ	

Я понимаю, что от полноты и своевременности предоставления мною информации зависят; диагностика, составление плана лечения и результаты, а также гарантии. Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога должен (на) сообщить врачу об этом. Я знаю, что Анкету о здоровье надо заполнять вновь каждые полгода.

Подпись Потребителя, либо Законного представителя _____