



Согласие пациента на ведение фото- и (или) видеопотокола процесса лечения

г. Москва

ФИО ПАЦИЕНТА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ			
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ			
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ			
ТЕЛЕФОН		E-MAIL	

Раздел для законных представителей — заполняется только в отношении лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Пациенту, достигшему 15 лет, этот раздел НЕ заполнять.

Я (ФИО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)	
КЕМ ЯВЛЯЮСЬ (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)	
ФИО РЕБЁНКА / НЕДЕЕСПОСОБНОГО ГРАЖДАНИНА, ГОД РОЖДЕНИЯ	

1. Фото- и видеофиксация лечения

ООО «РМЭ-2» (ИНН 7743165982 / ОГРН 1167746717467), далее — **Клиника**, ведёт фото- и видеофиксацию моего лечения на всех этапах. Это нужно для контроля качества и безопасности лечения (Приказ Минздрава РФ № 785н). Снимки хранятся в моей медицинской карте.

Это **медицинская** съёмка, а не художественная. Снимки делаются по единому стандарту **на телефон клиники**:

- анфас (лицо прямо);
- профиль справа и слева;
- полупрофиль справа и слева;
- при необходимости крупный план зоны лечения.

2. Использование моих снимков только за пределами Клиники (мой выбор)

Речь идёт только о медицинских снимках из п. 1. Они могут использоваться **в научных и образовательных целях** (обучение врачей, профессиональные публикации, конференции) и для демонстрации результатов лечения, в том числе в интернете. Для этих целей снимки могут передаваться третьим лицам. Имя, диагноз и другие мои данные не указываются. Вознаграждение не выплачивается.

ОТМЕТЬТЕ ВАШ ВЫБОР

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| А. Анонимно — с закрытыми глазами, так что меня нельзя узнать | ☐ Разрешаю | ☐ Не разрешаю |
| Б. Полностью — с открытым лицом | ☐ Разрешаю | ☐ Не разрешаю |

Без моего согласия по п. 2 снимки используются **только внутри Клиники**.

3. Общие условия

Снимки не используются для установления моей личности и **не являются биометрическими данными**.

Согласие действует **бессрочно**. Согласие по п. 2 я могу отозвать в любой момент, подав письменное заявление в Клинику. Отзыв не распространяется на материалы, опубликованные до получения Клиникой заявления.

Я проинформирован(-а) о том, что согласно п. 7 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» аналоговые изображения (фото- и видеоизображения, включая протоколы лечения) относятся к медицинской документации.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что полностью ознакомлен(-а) с настоящим документом до его подписания, мне понятен смысл всех используемых в нём терминов и определений, и я осознаю последствия данного согласия.

ПАЦИЕНТ — Ф. И. О.

ПОДПИСЬ

ДАТА