



ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРАВАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПОЛУЧИЛ(А) ДОКУМЕНТ О ПРАВАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ «PRODIGY DENTAL ARTS». В ЗАЯВЛЕНИИ О ПРАВАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ОПИСАНЫ ВСЕ ВОЗМОЖНЫЕ ТИПЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ МОЕЙ ПЕРСОНАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ КОТОРАЯ БУДЕТ РАСКРЫВАТЬСЯ ТОЛЬКО В ХОДЕ МОЕГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРИ ОПЛАТЕ УСЛУГ, А ТАКЖЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОФИСНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. В ЗАЯВЛЕНИИ О ПРАВАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ОПИСЫВАЮТСЯ МОИ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ, А ТАКЖЕ ОБЯЗАННОСТИ ОФИСА В ОТНОШЕНИИ ЗАЩИТЫ МОЕЙ ПЕРСОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЛОЖЕНИЕ О ВСЕХ ПРАВАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ДОСТУПНО В ОТКРЫТОМ ДОСТУПЕ И НАХОДЯТСЯ В НАШЕМ ОФИСЕ.

«PRODIGY DENTAL ARTS» ОСТАВЛЯЕТ ЗА СОБОЙ ПРАВО ИЗМЕНЯТЬ ПРАВИЛА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ, ОПИСАННЫЕ В ЗАЯВЛЕНИИ О ПРАВАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ. ЕСЛИ ПРАВИЛА ИЗМЕНЯТСЯ, МНЕ БУДЕТ ПРЕДЛОЖЕНА КОПИЯ ПЕРЕСМОТРЕННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ КОТОРАЯ ВСТУПИТ В СИЛУ ПОСЛЕ МОЕГО ПОДПИСАНИЯ. ТАКЖЕ, Я МОГУ ПОЛУЧИТЬ ОБНОВЛЁННЫЙ ДОКУМЕНТ О ПРАВАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПО ПОЧТОВОЙ РАССЫЛКЕ ИЛИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ.

В ДОПОЛНЕНИЕ К ДАННОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ О ПРАВАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ, Я РАЗРЕШАЮ РАСКРЫТЬ МОЮ ПЕРСОНАЛЬНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ЛИЦАМ УКАЗАННЫМ НИЖЕ:

- ВСЕМ ИЗ ЧЛЕНОВ МОЕЙ СЕМЬИ
- ТОЛЬКО СУПРУГУ
- КОМУ-ТО ДРУГОМУ (НУЖНО УКАЗАТЬ)
- Я НЕ РАЗРЕШАЮ, НИКОМУ ИЗ ЧЛЕНОВ МОЕЙ СЕМЬИ, КРОМЕ МЕНЯ ГОВОРИТЬ МОИ ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ И НАЗНАЧАТЬ ПРИЕМ К ДОКТОРУ.

Я _____ (ВАШИ ИНИЦИАЛЫ) ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ФОТОГРАФИРОВАНИЕ, ВИДЕОЗАПИСЬ И РЕНГЕНОВСКИЕ СНИМКИ МОИХ ЗУБОВ И ВСЕЙ МОЕЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, А ТАК ЖЕ НА ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ЛЕКЦИЯХ ИЛИ ПУБЛИКАЦИЯХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЦЕЛЯХ ПРИ УСЛОВИИ, ЧТО МОЯ ЛИЧНОСТЬ НЕ БУДЕТ РАСКРЫТА.

NAME OF PATIENT _____

DATA _____

ПОДПИСЬ _____