

Информированное добровольное СОГЛАСИЕ
на проведение фото- и видеосъёмки и использование изображений пациента
в ООО «ЭСТЕТИКА»

Я, _____ (Ф. И. О.) _____

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 152.1 Гражданского кодекса РФ, даю добровольное согласие ООО «[Название клиники]» (ИНН: [ИНН], адрес: [Адрес]) на проведение в отношении меня фото- и видеосъёмки в ходе медицинских приёмов и манипуляций, а также на обработку, хранение и использование полученных материалов.

Цели использования материалов:

фиксация исходного состояния и результатов лечения (фотопротокол «до/после»);
контроль качества оказания медицинской помощи;
внутренний разбор клинических случаев (без указания персональных данных);
научно-учебные цели (демонстрация на конференциях, лекциях, обучении специалистов) — только при условии обезличивания (без возможности идентификации личности);
размещение на сайте и в соцсетях клиники — только с моего дополнительного письменного согласия и при отсутствии признаков, позволяющих однозначно идентифицировать личность (например, без показа лица целиком).

Что именно может фиксироваться:

внеротовые фото лица (при необходимости оценки эстетики);
внутриротовые фото зубных рядов и отдельных зубов;
видеозапись отдельных этапов манипуляций (если это необходимо для контроля качества и обучения персонала);
снимки на дентальном томографе, прицельные и панорамные рентгенограммы (как часть медицинской документации).

Ограничения и условия:

Материалы не будут использоваться в рекламных целях без отдельного согласия.
Изображения не будут передаваться третьим лицам (кроме случаев, прямо предусмотренных законом).
Срок хранения материалов — в течение срока хранения медицинской документации, установленного законодательством.
Доступ к материалам имеют только уполномоченные сотрудники клиники (врачи, кураторы качества, администраторы, ответственные за обучение).

Право на отзыв согласия:

Я вправе отозвать настоящее согласие в любое время путём подачи в клинику письменного заявления. Отзыв не отменяет право клиники хранить материалы как часть медицинской документации в пределах сроков, установленных законом.

Мне разъяснено, что я вправе отказаться от фото- и видеосъёмки. Отказ не повлияет на объём и качество оказания медицинской помощи.

Подпись пациента: _____ / _____ (Ф. И. О.)

Дата: « _ » _____ 20 _ г.

Представитель медицинской организации:

_____ / _____ (должность, Ф. И. О., подпись)