

Анкета

ПІБ дитини: _____

Повна дата народження дитини:



ПІБ законного представника дитини (батька, матері): _____

Паспорт № _____ серія _____, виданий _____

Адреса _____

Номер телефону Контактна особа

Номер телефону Контактна особа

e-mail

Я, законний представник моєї дитини (мої дані та дані моєї дитини вказані вище), надаю Медичному центру «КІНДЕРКЛІНІК» добровільну згоду на обробку моїх персональних даних та персональних даних моєї дитини, в тому числі внесення персональних даних до локальної інформаційної системи (База даних «ДОКТОР ЕЛЕКС», ТОВ «СІНЕВО Україна», ТОВ «МЛ ДІЛА», ТОВ «Лабораторія Др. Рьодгера», ТОВ «СІ ЕС ДІ ХЕЛС КЕА», ТОВ «СІ ЕС ДІ ХЕЛС КЕА»), які функціонують в Медичному центрі «КІНДЕРКЛІНІК», з метою надання лікувально-профілактичних, консультативно-діагностичних, медичних послуг (допомоги) та пов'язаних з ними інших послуг. Я погоджуюсь із використанням, зберіганням та обробкою персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

Я надаю свою згоду Медичному центру «КІНДЕРКЛІНІК» на надсилання результатів лабораторних досліджень, діагностики та лікування, консультативних висновків лікарів, іншої запитуваної інформації про мою дитину, що міститься в базі даних Медичного центру «КІНДЕРКЛІНІК», до особистого кабінету користувача за посиланням <https://kinderklinik.ua>, а також на електронну адресу та/або номер(и) телефону(ів) вказані вище.

Підписанням цього документу, я підтверджую достовірність зазначених мною (чи записаних з моїх слів) вищевказаних даних та несу персональну відповідальність за достовірність та повноту наданих даних.

Підписанням цього документу підтверджую, що не матиму претензій до Медичного центру «КІНДЕРКЛІНІК» щодо розголошення лікарської таємниці/конфіденційної інформації у разі надсилання їх на вказані вище електронну адресу або номер(и) телефону(ів). Підтверджую, що розумію можливі ризики та несу персональну відповідальність за передачу доступу (логіну, пароллю) до особистого кабінету/електронної пошти або зазначеного(их) номеру(ів) телефону(ів) третім особам.

Погоджуюсь, що нестиму персональну відповідальність за доступ третіх осіб до конфіденційної інформації та лікарської таємниці відправлених на вказані вище електронну адресу, номер(и) телефону(ів) та їх розголошення.

Зобов'язуюсь повідомляти про зміну вказаного(их) номеру(ів) телефону(ів) та/або електронної пошти, а також про скасування цієї згоди повністю або частково.

Підписанням цього документу підтверджую про своє ознайомлення з Правилами перебування пацієнтів і відвідувачів та надання медичних і пов'язаних з ними сервісних послуг в Медичному центрі «КІНДЕРКЛІНІК» та його відділеннях.

Надаю свою згоду на супроводження та перебування разом з моєю дитиною під час отримання медичних послуг в Медичному центрі «КІНДЕРКЛІНІК» наступних осіб та надання їм консультативних висновків лікарів, іншої медичної документації, що стосується моєї дитини і містить лікарську таємницю:

Прізвище, ім'я, по-батькові	ким особа приходить до дитини: бабуся, няня, тітка, дядько, тощо

«_____» _____ 20____ р. _____

(ПІБ)

(підпис)

Ви дізнались про нас:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Від знайомих | <input type="checkbox"/> З реклами в Internet |
| <input type="checkbox"/> За пошуком в Google (реклама) | <input type="checkbox"/> Зі ЗМІ |
| <input type="checkbox"/> За пошуком в Google | <input type="checkbox"/> Від страхової компанії |
| <input type="checkbox"/> З Facebook чи Instagram | <input type="checkbox"/> Інше (вкажіть, звідки саме) _____ |

Шановні відвідувачі! Просимо дбайливо ставитись до майна Медичного центру «КІНДЕРКЛІНІК» та слідкувати за діями дитини. Пошкоджене майно відновлюється за рахунок особи, що супроводжує дитину.