

Согласие на фото-, видео- и аудиозапись

Отдельная добровольная форма • редакция от 28 июля 2026 года

Отказ от записи не является основанием для отказа в медицинской помощи, если запись не требуется по медицинским показаниям.

Пациент	Ф.И.О.: _____
	Дата рождения: _____ Телефон: _____
Представитель	Ф.И.О.: _____
	Документ о полномочиях: _____

Я разрешаю Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Эстет» создавать и обрабатывать фото-, видео- или аудиоматериалы только в целях, напротив которых мной поставлена отметка «Согласен(на)». Неотмеченная цель считается неразрешённой.

Цель записи	Согласен(на)	Не согласен(на)
Клиническая фото- и видеодокументация Фиксация состояния полости рта, этапов и результата лечения в медицинской карте; без публикации.	☐	☐
Аудиозапись консультации Внутренний контроль полноты разъяснений и разрешение спорных вопросов; срок хранения — не более 30 дней, если запись не приобщена к материалам обращения.	☐	☐
Внутренний разбор качества Доступ ограниченному кругу медицинских работников Оператора; без размещения в открытом доступе.	☐	☐
Обезличенное обучение Использование материала, из которого удалены сведения и особенности, позволяющие идентифицировать пациента.	☐	☐

Условия

- материалы не публикуются на сайте, в социальных сетях, рекламе, портфолио и СМИ на основании этой формы; для распространения требуется отдельное согласие по статье 10.1 Федерального закона № 152-ФЗ;
- доступ предоставляется только работникам, которым материал нужен для отмеченной цели;
- клинические материалы, включённые в медицинскую документацию, хранятся в срок хранения такой документации;

- я могу отозвать согласие письменно, кроме обработки, которую Оператор вправе продолжить на другом законном основании; отзыв не требует удаления уже законно опубликованных материалов, но эта форма публикацию не разрешает;
- запись, обязательная для конкретного метода исследования или являющаяся его результатом, оформляется и хранится как медицинская документация и разъясняется отдельно.

Отзыв направляется по адресу 357700, Ставропольский край, г. Кисловодск, ул. Вокзальная, д. 17 или на klinikaestet2005@yandex.ru. Я получил(а) возможность задать вопросы, понимаю цели, перечень материалов и последствия выбора.

ПАЦИЕНТ

_____/

подпись Ф.И.О.

Дата: «__» _____ 20__ г.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (если есть)

_____/

подпись Ф.И.О.

Дата: «__» _____ 20__ г.

РАБОТНИК КЛИНИКИ

_____/

подпись Ф.И.О.

Дата: «__» _____ 20__ г.