



ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Информация о защите данных и согласие на их использование

Ваши медицинские данные защищены законом. В Медицинском радиологическом институте (МРИ) это, в первую очередь, снимки и расшифровки этих снимков. Своей подписью Вы подтверждаете свое согласие на обработку в соответствии с нашим положением о конфиденциальности (перейти по ссылке <https://mri-roentgen.ch/privacy-policy/>).



В первую очередь Вы даете согласие на следующие виды обработки данных:

- Я подтверждаю, что до тех пор, пока я не отзову свое согласие, МРИ уполномочен запрашивать результаты моих предварительных обследований и прочие выписки из моей медицинской карты, а также передавать мои медицинские сведения другим лечащим врачам и медучреждениям по запросу.
- Я даю свое согласие на передачу в мою страховую компанию информации, необходимой для оценки моих обязанностей по оплате медуслуг и выставления счетов. К решению юридических вопросов может быть привлечен адвокат, который также берет на себя обязательство неразглашения.
- Я даю свое согласие на то, чтобы МРИ отправлял мне личную информацию на мой адрес электронной почты или мой номер мобильного телефона в незашифрованном виде. Адрес электронной почты и номер мобильного телефона, напечатанные в правом верхнем углу, актуальны и принадлежат мне.
- Лечение, договоры и все правовые отношения между пациентом, врачом и МРИ подчиняются исключительно швейцарскому материальному праву, за исключением любых коллизионных норм. Любые споры и разногласия будут решаться только в обычном суде г. Цюриха.

Город, дата:

Подпись пациента/-ки:

Согласие на использование личных медицинских данных в научных целях

Наука вносит значительный вклад в повышение медицинского качества и, следовательно, в улучшение будущей терапии. Своей подписью:

- Я разрешаю использовать в научных целях мои личные медицинские данные, как полученные в результате лечения, так и прочие, при строгом соблюдении конфиденциальности;
- Я принимаю к сведению, что мое согласие является добровольным, и я могу без указания причин отказаться от него или отозвать его в любое время;
- Я принимаю к сведению, что моя личная информация защищена с помощью производственных, технических и организационных мер. Мы позаботимся о том, чтобы минимальное количество людей имело доступ к Вашим персональным идентификационным данным (фамилия, имя, адрес, дата рождения и т.д.) Для этого Ваши сведения, с помощью которых можно было бы Вас идентифицировать, будут зашифрованы, т.е. защищены кодом. Только лица, имеющие доступ к перечню кодов, смогут Вас идентифицировать. В случае передачи Ваших данных в научных целях третьим лицам, они будут непременно закодированы или анонимизированы, т.е. третьи лица не получают доступ к Вашей личной информации.

Я разрешаю использовать мои данные в научных целях: Да Нет

Город, дата:

Подпись пациента/-ки:

