

ПОЛОЖЕНИЕ о фото- и видео- съемке в ООО «Мой стоматолог»

1. По тексту Положения о фото- и видео- съемке в ООО «Мой стоматолог» (далее – Положение) используются следующие термины и определения:

- Съемка – фиксация изображений средствами фото- и видео- фиксации, включая проведение кино-, видеосъемок, профессиональные и любительские фотосъемки с использованием как стационарного, так и переносного оборудования на территориях, принадлежащих ООО «Мой стоматолог»;

- Пациент – физическое лицо, обратившееся в ООО «Мой стоматолог» для оказания медицинских услуг;

- Согласие – письменное согласие Пациента на проведение фото- и видео- съемки.

2. Настоящее Положение регулирует:

- порядок проведения Съемки;

- порядок осуществления сбора, хранения, распространения и использования изображений Пациентов;

- порядок сбора и хранения согласий Пациентов на проведение Съемки.

3. Съемка может проводиться только в следующих целях:

- медицинского обследования и лечения, контроля динамики лечения;

- распространения информации о товарах и услугах, предлагаемых Клиникой, в том числе, в средствах массовой информации, информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», средствах радио и теле вещания, на стендах, в печатных изданиях и пр.;

- научных целях, в том числе, проведения научных исследований, опубликования сведений в научных изданиях;

- использования в образовательном процессе.

4. Съемка должна проводиться в строгом соответствии с настоящим Положением, Положением о персональных данных в ООО «Мой стоматолог» и действующим законодательством РФ.

5. Проведение Съемки Пациента без его согласия запрещено. Документом, подтверждающим право на проведение Съемки Пациента, является письменное Согласие.

6. Съемка может проводиться как силами работников ООО «Мой стоматолог», так и сторонней организацией на договорной основе. Проведение Съемки осуществляется в течение рабочего времени, установленного в ООО «Мой стоматолог».

7. Ответственным за проведение Съемки является лечащий врач данного пациента или главный врач ООО «Мой стоматолог» Антонова С.Е. (далее – Ответственное лицо).

8. Ответственное лицо перед проведением Съемки обеспечивает взятие Согласия Пациента на Съемку.

9. Хранение изображений, полученных при Съемке, Согласий Пациентов осуществляется по адресу: г. Волгоград, ул. Поддубного, д. 1 в кабинете ответственного лица или регистратуре.

10. Общий срок хранения изображений, полученных при Съемке, Согласий Пациентов: бессрочно. В отдельных случаях срок хранения может быть изменен Руководителем ООО «Мой Стоматолог». Срок хранения изображений может быть прекращен досрочно по письменному требованию Пациента об отзыве Согласия. **Исключение составляют изображения**, являющиеся частью истории болезни, отражающие клинику, динамику и течение процессов обследования, диагностики, лечения и наблюдения Пациента

11. Свободный доступ к изображениям, полученным при Съемке, Согласиям имеют:

- Ответственное лицо; и руководители ООО «Мой стоматолог».

Предоставление доступа прочим лицам осуществляется только с согласия Ответственного лица или руководителей в ООО «Мой стоматолог».

12. Ответственность за нарушение настоящего Положения виновные лица несут в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Приложение №2
К Приказу № 2
15 января 2024 года

Утверждаю
Главный врач ООО «Мой стоматолог»
_____ / С.Е.Антонова.

Информированное добровольное
СОГЛАСИЕ НА ФОТО-И ВИДЕОСЪЁМКУ

Я, _____,
далее именуемый(ая) «Пациент» или законный представитель Пациента _____,
руководствуясь пунктом 1 статьи 152.1. ГК РФ, настоящим выражаю своё согласие на сбор, хранение, распространение и использование моих изображений или изображений Пациента, законным представителем, которого я являюсь, Обществом с ограниченной ответственностью «Мой стоматолог» ИНН 3442063877, ОГРН 1023402631427 (юр. адрес: 400040, г. Волгоград, ул. Поддубного, д.1), полученных его работниками с использованием средств фото- и видеофиксации при оказании мне стоматологических услуг без выплаты мне вознаграждения. Кроме того, руководствуясь с частью 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», настоящим заявляю своё согласие на осуществление сбора, хранения, распространения, использования изображений, разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, только в следующих целях: - медицинского обследования и лечения, контроля динамики лечения; - распространения информации о товарах и услугах, предлагаемых ООО «Мой стоматолог», в том числе, в средствах массовой информации, информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», средствах радио и телевидения, на стендах, в печатных изданиях и пр.; - научных целях, в том числе, проведения научных исследований, опубликования сведений в научных изданиях; - использования в образовательном процессе. Строго в соответствии с целями, указанными в настоящем Согласии, ООО «Мой стоматолог» вправе обнародовать и в дальнейшем использовать изображения полностью или фрагментально: воспроизводить, распространять путём отчуждения оригиналов изображений или их экземпляров, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, сообщать в эфир и по кабелю, доводить до всеобщего сведения, передавать вышеуказанные права третьим лицам. Передача прав ООО «Мой стоматолог» не допускает использование изображений Пациента способами, порочащими его честь, достоинство и деловую репутацию. Подписанием настоящего согласия Пациент подтверждает, что он является дееспособным лицом, способным понимать значение своих действий и руководить ими, а настоящая сделка не является мнимой и /или притворной, не совершается под влиянием заблуждения, обмана, насилия, угрозы или неблагоприятных обстоятельств. Настоящее согласие дано сроком бессрочно до дня его отзыва в письменном виде.

Дата оформления: _____. Подпись "Пациента"/законного представителя/_____