

## ИНФОРМИРОВАНИЕ О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ПО ОМС

Я, нижеподписавшийся(-аяся) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

проинформирован(а) о том, что в соответствии с приказом Минздрава РФ от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», могут обследоваться как работающие, так и неработающие граждане, а также студенты-очники. Это можно сделать один раз в 3 года, начиная с 21 года, за исключением – участников ВОВ, иных боевых действий и др., они имеют право обращаться к врачам с этой целью каждый год. Для тех, кто не смог пройти диспансеризацию, есть возможность проверить свое здоровье по программе профилактического медосмотра взрослого населения. Такой осмотр можно пройти один раз в два года, начиная с 18 лет.

- ❖ Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года. Годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает возраста - 21; 24; 27; 30; 33; 36; 39; 42; 45; 48; 51; 54; 57; 60; 63; 66; 69; 72; 75; 78; 81; 84; 87; 90; 93; 96; 99
- ❖ Диспансеризация проводится 1 раз в 2 года.  
Маммография для женщин в возрасте от 50 до 70 лет – чётные года рождения  
Исследование кала на скрытую кровь для граждан в возрасте от 49 до 73 лет – нечётные года рождения
- ❖ Профилактический медицинский осмотр проводится с 18 лет в любом возрастном периоде взрослого человека по его желанию, но не чаще чем один раз в 2 года (в год проведения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится).

Диспансеризация проводится в поликлинике по месту жительства или в медицинской организации, к которой Вы прикрепились самостоятельно, подав заявление. Уточнить место проведения диспансеризации и контактные данные медицинской организации Вы можете по бесплатному контактному номеру: 8 800 100 800 5.

Подпись \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(-аяся) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО ВТБ МС (далее – Оператор) моих (представляемого мною гражданина) персональных данных, включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; место рождения; адрес и дату регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; серию, номер и дату выдачи документа, удостоверяющего личность; номер пенсионного страхового свидетельства (СНИЛС); телефон; адрес электронной почты; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования – **в целях получения услуг и информации от ООО ВТБ МС.**

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Я выражаю согласие на получение информационных сообщений, в том числе рекламного характера, на указанный мной номер телефона и/или адрес электронной почты и/или через сервис «Личный кабинет» ООО ВТБ МС (п. 1 ст. 18 ФЗ №38-ФЗ «О Рекламе»).

Срок хранения моих персональных данных не ограничен.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.  
(число, месяц, год)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Подпись \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)