

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (-аяся), являясь Пациентом (Законным представителем Пациента (ребенка или лица, признанного в установленном порядке недееспособным) или иное), Заказчиком по Договору – нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество),

проживающий(ая) по адресу (по месту регистрации) _____

документ удостоверяющий личность (паспорт) серия _____ № _____ дата выдачи _____ название выдавшего органа _____

_____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее – 152-ФЗ), статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее – 323-ФЗ), Федерального закона от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» даю свое (пациента) согласие **государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Стоматологическая поликлиника города-курорта Геленджик» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее - Оператор)**, расположенному по адресу: 353475, Россия, Краснодарский кр., г. Геленджик, ул. Кирова, д.12, на обработку моих (пациента) персональных данных,

Данный раздел заполняется Законным представителем (мать, отец, усыновитель опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного в установленном порядке недееспособным

проживающий по адресу (по месту регистрации) _____

паспорт серия _____ № _____ дата выдачи _____ название выдавшего органа _____

свидетельство о рождении _____

реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя (доверенность или иной документ)

включающих в себя фамилию; имя; отчество (при наличии); пол; дату рождения; адрес места рождения; гражданство; данные документа удостоверяющего личность (в том числе свидетельства о рождении); адрес места жительства; адрес места регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); реквизиты полиса ОМС (ДМС) застрахованного лица (при наличии); контактный(е) телефон(ы); сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность (и/или) выбранной застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи; данные о страховой медицинской организации и(или) выбранном застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи выбранной застрахованным лицом; дата регистрации в качестве и статус (работающий, неработающий) застрахованного лица; сведения о социальных льготах; сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования; результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью: анамнез; диагноз; виды, условия, сроки, объемы, стоимость, профиль оказанной медицинской помощи и о примененных лекарственных препаратах; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности, в том числе и электронного (при наличии); сведения о проведенных медицинских экспертизах; медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные стандарты медицинской помощи, сведения необходимые для оформления листка нетрудоспособности в том числе и в форме электронного документа - **в целях** ведения учета персональных данных лиц, участвующих в осуществлении медицинской деятельности, лиц, которым оказывается медицинская помощь, а также лиц, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования, сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, персонализированного учета в сфере обязательного медицинского страхования (далее - персонализированный учет), в медико-профилактических **целях**, **в целях** установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, в **целях** формирования листка нетрудоспособности в том числе и в форме электронного документа.

В процессе оказания Оператором мне (пациенту) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (пациента) персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего (пациента) обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (пациента) персональными данными, или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор может осуществлять смешанную обработку персональных данных с применением ЭВМ, с передачей по внутренней сети и сети Интернет с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои (пациента) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в рамках ОМС, по договорам ДМС, правилами предоставления платной медицинской помощи и льготного зубопротезирования, иным хозяйственным договорам на оказание медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, по договору ДМС и иному хозяйственному договору на оказание медицинских услуг на обмен (прием и передачу), а так же межведомственное взаимодействие моими (пациента) персональными данными (в том числе специальными) с медицинскими организациями, со страховыми медицинскими организациями, органами исполнительной власти в сфере здравоохранения, Фондом социального страхования, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Краснодарского края, Новороссийским межрайонным филиалом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края, министерством здравоохранения Краснодарского края и другими органами власти и организациями, осуществляющими контроль качества оказания мне (пациенту) медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных.

Срок хранения моих (пациента) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинская карта) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих (пациента) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Я уведомлен, что в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Закона 152-ФЗ, а так же Закона 323-ФЗ.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до достижения целей обработки персональных данных.

Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Контактный телефон(ы): _____

Подпись субъекта персональных данных _____ расшифровка _____ (Ф.И.О.)