

УТВЕРЖДАЮ

 ГБУ РО «КБ им. Н.А. Семашко»  
Л.Ю. Сорокина

*ГБУ РО «Клиническая больница им. НА. Семашко»*

Письменное согласие пациента на обработку его персональных данных.

Согласие на обработку персональных данных.

Я, нижеподписавшийся, \_\_\_\_\_

*(Ф.И.О.. полностью)*

проживающий по адресу \_\_\_\_\_

*(по месту регистрации)*

паспорт \_\_\_\_\_

*(серия, номер, дата выдачи, название выдавшего органа)*

сам принимаю решение о предоставлении своих персональных данных и даю согласие на их обработку своей волей и своим интересом, за исключением случаев, когда предусматривается обязательное их предоставление в целях защиты основ конституционного строя Российской Федерации, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечение обороны и безопасности России.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю своё согласие на обработку ГБУ РО «КБ им. Н.А. Семашко»; 390005, г. Рязань, ул. Семашко, д.3; тел./факс: (4912) 76-57-23; E-mail: [kbsemashko@yandex.ru](mailto:kbsemashko@yandex.ru) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью 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 процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору \_\_\_\_\_ ДМС \_\_\_\_\_ на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией

\_\_\_\_\_ (название) и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия:

- я разрешаю, не разрешаю (*нужное подчеркнуть*) передавать следующие мои персональные данные через справочное бюро Оператора: мои фамилия, имя, отчество, наименование отделения, где я лечусь;
- я разрешаю, не разрешаю (*нужное подчеркнуть*) моему лечащему врачу, заведующему отделением, где я лечусь, передавать мои персональные данные (сведения о моём заболевании, лечении, прогнозе заболевания) моим родителям, жене, мужу, совершеннолетним детям и иному моему законному представителю (термин "законный представитель" расшифровывается в ст. 26 Гражданского кодекса РФ (это родители, усыновители или попечитель лица в возрасте от 14 до 18 лет)).

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном ст. 13, п. 2 ч. 2 ст. 20 и ч. 2 ст. 54 ФЗ № 323 ФЗ, для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;

б) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ (дата) и действует в течении всего срока обработки включая все действия (операции) с моими персональными данными.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_

и почтовый адрес \_\_\_\_\_

подпись субъекта персональных данных. \_\_\_\_\_

или законного представителя субъекта персональных данных. \_\_\_\_\_