

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

г. Екатеринбург «__» _____ 20__ г.
Я, _____
(ФИО полностью)

проживающий(ая) по адресу _____

паспорт серия _____ № _____ выдан (дата выдачи) _____
кем выдан _____

Раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным (Ф.И.О.) _____
дата рождения _____

в соответствии с требованиями статей 23-24 Конституции Российской Федерации, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие на обработку Муниципальным автономным учреждением «Детская городская поликлиника №13» (МАУ «ДГП №13»), зарегистрированным по адресу: 620100, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Ткачей, д. 16а (далее — Учреждение), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, место работы, контактн(ый) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета 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 Учреждением мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств (на бумажных носителях), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение);
- обработку посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС);
- обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, во исполнение Учреждением своих обязательств по работе в системе ОМС;
- обмен (прием и передачу) с другими учреждениями, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики), во

исполнение Учреждением своих обязательств, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа;

- передачу данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения в интересах моего обследования и лечения, в том числе с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей по каналам связи и по внутренней сети Учреждения с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- передачу следующих данных по итогам углубленного медицинского обследования: Ф.И.О., дата рождения, диагноз, группу здоровья, физкультурную группу, рекомендации по дальнейшему обследованию директору, тренеру, медицинскому работнику ДЮСШ в которой занимается мой ребенок;
- обработку Муниципальным автономным учреждением «Медицинский информационно-аналитический центр», зарегистрированным по адресу: 620014, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Челюскинцев, д. 5, литер «О», в целях осуществления эксплуатации и поддержания в работоспособном состоянии медицинской автоматизированной системы, в соответствии с частью 3 статьи 6 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и на основании договора, заключенного с Учреждением.

Предоставляемые мной персональные данные не являются общедоступными и предоставляются для обработки в соответствии с частью 1 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» только в целях оказания мне медицинских услуг и обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения и непосредственно связанных с ними отношений для реализации полномочий, возложенных на Учреждение действующим законодательством.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) 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 дополнительного письменного согласия.

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия мне разъяснено, что:

- согласие на обработку моих персональных данных действует с даты его подписания, в течение неопределенного срока;
- согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной в любой момент на основании моего письменного заявления на имя руководителя Учреждения в соответствии с частью 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- в случае отзыва согласия на обработку моих персональных данных Учреждение вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Дата начала обработки персональных данных «___» _____ 20__ г.

Подпись _____