

Главному врачу МАУ «ДГП № 13»
Аверьяновой С.С.
620100, г. Екатеринбург, ул. Ткачей, д. 16-а

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 согласие на обработку Муниципальному автономному учреждению «Детская городская поликлиника № 13» (МАУ «ДГП № 13»), зарегистрированному по адресу: 620100, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Ткачей, д.16а (далее - Учреждение), моих персональных данных, включая: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, место работы, место учебы, контактный (е) 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 исполнения 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 канал 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 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 ним отношений для реализации полномочий, возложенных на Учреждение действующим законодательством.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения 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 _____