

Согласие пациента на обработку персональных данных в ФГБУЗ СОНЦ ФМБА России

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____,
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я _____,
паспорт серия _____ номер _____, выдан _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

добровольно даю свое согласие на обработку в ФГБУЗ СОНЦ ФМБА России (далее – учреждение) моих/лица, законным представителем которого я являюсь, персональных данных, включающих биометрические персональные данные, фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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 мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам учреждения, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам учреждения, в интересах моего обследования и лечения.

- Предоставляю учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Учреждение вправе обрабатывать мои персональные данные 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).

- Учреждение имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

- Передача (распространение, предоставление, доступ) персональных данных иным лицам может осуществляться только с моего письменного согласия.

- Настоящее согласие дано мной _____.20__ и действует бессрочно.

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

- В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, учреждение обязано прекратить их обработку.

Пациент расписался в моем присутствии:
Медицинский работник (медицинская сестра, регистратор поликлиники, менеджер)

На обработку персональных данных согласен:
Пациент _____

должность, подпись, И.О. Фамилия

_____ " _____ 20__ г.