

Согласие на обработку персональных данных пациента (поликлиники/стационара)

Настоящим я,

(ФИО, ДАТА РОЖДЕНИЯ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ)

паспорт серия _____ № _____ выдан «__» _____ г.

_____,
(КЕМ ВЫДАН)

зарегистрированной(го) по адресу: _____

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных),

(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОЛНОСТЬЮ, ДАТА РОЖДЕНИЯ)

паспорт серия _____ № _____ выдан «__» _____ г.

_____,
(КЕМ ВЫДАН)

зарегистрированной(го) по адресу: _____

действующий от имени субъекта персональных данных на основании

(РЕКВИЗИТЫ ДОВЕРЕННОСТИ ИЛИ ИНОГО ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПОЛНОМОЧИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

в соответствии с требованиями статьи 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных/данных субъекта персональных данных Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России) 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89, относящихся к перечисленным ниже категориям персональных данных:

фамилию, имя, отчество, пол, гражданство, дату рождения, адрес регистрации и проживания, данные паспорта (иного документа удостоверяющий личность), контактный телефон, адрес электронной почты, мое изображение, фотографии, место работы, реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), Сведения о ИНН, Сведения о ближайших родственниках, данные о договоре (дополнениях к нему) на получение медицинских услуг, результаты медицинских обследований; физиологические, биологические характеристики человека, сведения о наличии всех прививок, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведений о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях – 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 представляю 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, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных на электронных и бумажных носителях в соответствии с законодательством РФ.

Оператор 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 или ПМУ), а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законом Российской Федерации.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС или ПМУ) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со следующими организациями: страховыми медицинскими организациями Самарской области, территориальным фондом ОМС Самарской области, вышестоящими органами управления здравоохранением и контролирующими органами, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием, обработка будут осуществляться с соблюдением всех требований по обеспечению конфиденциальности и безопасности персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

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

Подтверждаю, что, давая согласие, я действую без принуждения, по собственной воле и в своих интересах.

Право субъекта на получение информации, касающейся обработки его персональных данных, осуществляется в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Контактные телефоны _____

(ПОДПИСЬ, РАСШИФРОВКА ПОДПИСИ И ДАТА)

«__» _____ 20__ г.