ОБРАЗЕЦ

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____, проживающий(-ая) по адресу: _____, паспорт: _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг, а также в целях ведения медицинской документации, формирования отчетных статистических форм и передачи обезличенных сведений в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в соответствии с требованиями законодательства РФ об охране здоровья граждан, подтверждаю свое согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением Республики Марий Эл "Республиканская клиническая больница", расположенным по адресу: г.Йошкар-Ола, ул.Осипенко, д.33, (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором 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 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 отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет или иной срок, установленный номенклатурой дел в сфере здравоохранения.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, либо без такового в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.
3. В целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений или сообщениями в мессенджерах: о записи на прием к специалисту или исследование (на мой номер мобильного телефона: _____)

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20 __ года и действует либо до достижения целей обработки, либо до момента его отзыва Субъектом, но не дольше срока хранения первичной медицинской документации, установленного законодательством РФ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в срок, установленный действующим законодательством РФ. После отзыва согласия оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта при наличии оснований, предусмотренных законом.

Субъект персональных данных _____ _____
(подпись) (Фамилия, инициалы)

«___» _____ 20 __ года