

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
(пациента)

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

дата рождения: _____,

зарегистрированный по адресу: _____,

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,

выдан _____

(дата выдачи, кем выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Красноярск), 660020, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Караульная, 45 (далее – Оператор) моих персональных данных и включающих: фамилию, имя, отчество, пол, возраст, дату и место рождения, адреса места жительства и регистрации, серию и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о выдаче указанного документа и выдавшем его органе, данные страхового номера индивидуального лицевого счета, гражданство, семейное и социальное положение, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования, реквизиты полиса (договора) добровольного медицинского страхования, тип занятости, место работы, должность, место учебы, данные о состоянии моего здоровья (специальная категория персональных данных), связанные с моей потребностью в медицинской помощи, **в следующих целях:** идентификации пациента, медико-профилактических, установления медицинского диагноза, оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, допущенным к обработке персональных данных Оператором.

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), блокирование, удаление, уничтожение, обезличивание. Предоставляю Оператору право осуществлять обработку моих персональных данных следующими способами: с использованием средств автоматизации (в информационных системах персональных данных Оператора), или без использования средств автоматизации (на бумажных носителях), а также смешанным способом, в том числе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных (медицинскую информационную систему), отражения в учетных медицинских документах, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи и предоставления медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также размещенные в медицинских информационных системах, другим медицинским работникам и в другие медицинские организации в целях оказания медицинской помощи.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по организации предоставления мне медицинской помощи на передачу моих персональных данных в Министерство здравоохранения Российской Федерации, в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, в том числе в Министерство здравоохранения Красноярского края (либо учреждениям, которым Министерство здравоохранения Красноярского края делегировал функции организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи), медицинским организациям (в соответствии с пунктом 8 части 4 статьи 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») с использованием машинных носителей, или по защищенным каналам связи, или в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

Я предоставляю право Оператору использовать мои обезличенные медицинские данные о состоянии здоровья, результатах обследования и лечения, иных результатах полученной клинической практики, для осуществления научно-исследовательской деятельности Оператора и проведения научных и клинических исследований, их опубликования в научных изданиях, а также с целью использования в обучающих целях.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов и составляет 25 лет.

	Да/Нет
Я уведомлен (-на), что передача моих персональных данных, в том числе результатов медицинского обследования и лечения по открытым (незащищенным) каналам связи Интернет, а именно по электронной почте, является небезопасной, и даю свое согласие на передачу мне Оператором моих персональных данных, в том числе результатов медицинского обследования и лечения по открытым (незащищенным) каналам связи Интернет, а именно по электронной почте.	
Я осознаю все последствия такой передачи моих персональных данных Оператором.	
Я предупрежден (-на) о юридических последствиях отказа в предоставлении персональных данных, отзыва настоящего согласия на обработку персональных данных, состоящих в невозможности достижения целей обработки моих персональных данных Оператором.	
Я предупрежден (-на) о риске наступления негативных последствий в случае недостоверности представленных сведений.	

Я согласен (-на) на передачу работниками Оператора сведений о дате госпитализации, иных сведений обо мне, составляющих врачебную тайну, следующим указанным мною лицам по указанным телефонам:

ФИО (полностью) – степень родства, контактный номер

ФИО (полностью) – степень родства, контактный номер

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует с момента его подписания в течение всего периода оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг Оператором до достижения целей обработки моих персональных данных либо до момента отзыва согласия, а также в течение 25 лет после оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг, если иное не предусмотрено действующим законодательством.

Я уведомлен (-на) о своем праве отозвать свое согласие на обработку персональных данных Оператором посредством составления письменного заявления об отзыве Согласия на обработку персональных данных, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено Оператору лично под расписку уполномоченного представителя Оператора.

Контактный телефон: _____.

Подпись субъекта персональных данных _____ ✓

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам, заявление и документы пациента принял

(должность/ФИО работника/подпись)

«__» _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
(законного представителя)

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____
выдан _____

(дата выдачи, кем выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», свободно, своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Красноярск), 660020, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Караульная, 45 (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно по электронной почте, и включающих: фамилию, имя, отчество, пол, возраст, дату и место рождения, адреса места жительства и регистрации, контактный телефон, адрес электронной почты, серию и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о выдаче указанного документа и выдавшем его органе с целью идентификация законного представителя несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным (далее - недееспособный),

а также, являясь законным представителем несовершеннолетнего или недееспособного,
(статус законного представителя - отец, мать, опекун, попечитель)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего/недееспособного полностью)

дата рождения: _____,

зарегистрированный по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____
выдан _____

(дата выдачи, кем выдан)

документ, подтверждающий полномочия законного представителя: _____

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», свободно, своей волей и в интересах несовершеннолетнего/недееспособного подтверждаю свое согласие на обработку Оператору персональных данных несовершеннолетнего/недееспособного и включающих: фамилию, имя, отчество, пол, возраст, дату и место рождения, адреса места жительства и регистрации, серию и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о выдаче указанного документа и выдавшем его органе, данные страхового номера индивидуального лицевого счета, гражданство, семейное и социальное положение, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования, реквизиты полиса (договора) добровольного медицинского страхования, тип занятости, место работы, должность, место учебы, данные о состоянии моего здоровья (специальная категория персональных данных), связанные с потребностью несовершеннолетнего/недееспособного в медицинской помощи, в следующих целях: идентификация пациента, медико-профилактических, установления медицинского диагноза, оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, допущенным к обработке персональных данных Оператором.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моими и несовершеннолетнего/недееспособного, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, обезличивание. Предоставляю Оператору право осуществлять обработку таких персональных данных следующими способами: с использованием средств автоматизации (в информационных системах персональных данных Оператора), или без использования средств автоматизации (на бумажных носителях), а также смешанным способом, в том числе обрабатывать персональные данные мои и несовершеннолетнего/недееспособного посредством внесения их в электронную базу данных (медицинскую информационную систему), отражения в учетных медицинских документах, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В процессе оказания Оператором несовершеннолетнему/недееспособному медицинской помощи и предоставлении ему медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать персональные данные мои и несовершеннолетнего/недееспособного, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также размещенные в медицинских информационных системах, другим медицинским работникам и в другие медицинские организации, в целях оказания медицинской помощи.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по организации предоставления несовершеннолетнему/недееспособному медицинской помощи на передачу моих и его персональных данных в Министерство здравоохранения Российской Федерации, в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, в том числе в Министерство здравоохранения Красноярского края (либо учреждениям, которым Министерство здравоохранения Красноярского края делегировало функции организации оказания высокотехнологичной

медицинской помощи), медицинским организациям (в соответствии с пунктом 8 части 4 статьи 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») с использованием машинных носителей, или по защищенным каналам связи, или в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Передача персональных данных моих и (или) несовершеннолетнего/недееспособного иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

Я предоставляю право Оператору использовать обезличенные медицинские данные несовершеннолетнего/недееспособного о состоянии здоровья, результатах обследования и лечения, иных результатах полученной клинической практики, для осуществления научно-исследовательской деятельности Оператора и проведения научных и клинических исследований, их опубликования в научных изданиях, а также с целью использования в обучающих целях.

Срок хранения персональных данных моих и несовершеннолетнего/недееспособного соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет.

	Да/Нет
Я уведомлен (-на), что передача персональных данных моих и несовершеннолетнего/недееспособного, в том числе результатов медицинского обследования и лечения несовершеннолетнего/недееспособного по открытым (незащищенным) каналам связи Интернет, а именно по электронной почте, является небезопасной, и даю свое согласие на передачу мне Оператором персональных данных моих и несовершеннолетнего/недееспособного, в том числе результатов медицинского обследования и лечения несовершеннолетнего/недееспособного по открытым (незащищенным) каналам связи Интернет, а именно по электронной почте.	
Я осознаю все последствия такой передачи персональных данных моих и несовершеннолетнего/недееспособного Оператором.	
Я предупрежден (-на) о юридических последствиях отказа в предоставлении персональных данных, отзыва настоящего согласия на обработку персональных данных, состоящих в невозможности достижения целей обработки моих и несовершеннолетнего/недееспособного персональных данных Оператором.	
Я предупрежден (-на) о риске наступления негативных последствий в случае недостоверности представленных сведений.	

Я согласен (-на) на передачу работниками Оператора сведений о дате госпитализации, иных сведений о несовершеннолетнем/недееспособном, составляющих врачебную тайну, следующим указанным мною лицам по указанным телефонам:

ФИО (полностью) – степень родства, контактный номер

ФИО (полностью) – степень родства, контактный номер

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует с момента его подписания в течение всего периода оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг Оператором до достижения целей обработки персональных данных моих и несовершеннолетнего/недееспособного либо до момента отзыва согласия, а также в течение 25 лет после оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг, если иное не предусмотрено действующим законодательством.

Я уведомлен (-на) о своем праве отозвать настоящее согласие на обработку персональных данных Оператором посредством составления письменного заявления об отзыве Согласия на обработку персональных данных, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено Оператору лично под расписку уполномоченного представителя Оператора.

Контактный телефон: _____.

Подпись законного представителя субъекта персональных данных _____ ✓

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам, заявление и документы пациента принял

(должность/ФИО работника/подпись)

«__» _____ 20__ г.