Согласие
на обработку персональных данных пациента (подопечного).

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

_____ (вид документа, удостоверяющего личность)

серия _____ № _____ выдан _____
(когда и кем)

проживающий(ая) по адресу:

настоящим даю свое согласие на обработку персональных данных

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, опекаемого)

казенному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М. Сагандуковой», расположенному по адресу: 628012, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 76; ИНН 8601014355, ОГРН 1028600516163 (далее – Оператор).

Согласие дается мною в медико-профилактических целях, в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны на следующую информацию:

- 1) фамилия, имя, отчество;
- 2) паспортные данные;
- 3) адрес места жительства (по регистрации, фактического проживания);
- 4) телефон;
- 5) адрес электронной почты.

Согласие дается мною в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны моего ребенка на следующую информацию:

- 1) фамилия, имя, отчество;
- 2) серия, номер свидетельства о рождении ребенка, дата выдачи, наименование органа выдавшего его;
- 3) реквизиты страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);
- 4) реквизиты полис обязательного медицинского страхования;
- 5) пол;
- 6) дата рождения;
- 7) национальность;
- 8) гражданство;
- 9) адрес места жительства (по регистрации, фактического проживания);
- 10) телефон;
- 11) данные электронной медицинской карты пациента;
- 12) место учебы;
- 13) занятость;
- 14) категория льготности;
- 15) сведения о состоянии здоровья;
- 16) инвалидность;
- 17) социальный статус (положение);

18) данные рентгеновского снимка.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать все 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, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Оператор вправе передавать персональные данные в документальной и электронной форме в различные государственные органы власти, если этого требует законодательство Российской Федерации или Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, при необходимости оказания медицинской помощи в другие медицинские организации г. Ханты-Мансийска, а также третьим лицам:

1) Казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийский клинический противотуберкулезный диспансер» (Адрес: 628012, Россия, ХМАО – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Гагарина 76А).

2) Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» (Адрес: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, дом 73);

3) Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница» (Адрес: 628012, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, д.40);

4) Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер» (Адрес: г. Ханты-Мансийск, 628011 ул. Гагарина, 72);

5) Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» (Адрес: 628011, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д.75);

6) МОУ СОШ №6 им. Сирина Н.И.

7) Органы государственной власти и ОГИБДД МОМВД, лицам, отвечающим за организацию сопровождения и непосредственно перевозку (водители, механик, исполнители по договору фрахтования).

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право потребовать прекратить распространять персональные данные моего ребенка (подопечного), В случае получения требования Оператора обязан прекратить распространять персональные данные моего ребенка(подопечного).

«_____» _____ 20 ____ г.

дата

(Ф.И.О., подпись лица, давшего согласие)

Примечание:

1. Вместо паспорта могут указываться данные иного основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных.
2. Письменное согласие заполняется и подписывается субъектом персональных данных пациента собственноручно в присутствии должностного лица оператора.
3. Перечень персональных данных уточняется исходя из целей получения согласия.

Разъяснение
субъекту персональных данных

Я _____,
(фамилия, имя, отчество)

паспорт (иной документ, удостоверяющий личность)

серия _____ № _____ выдан _____

_____ дата выдачи «___» _____ 20__ г. получил(а) разъяснения о юридических последствиях отказа предоставить персональные данные

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего; опекаемого)

Казенному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М. Сагандуковой» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» субъект персональных данных при предоставлении медицинской услуги, обязан предоставить определенный перечень информации о себе.

Без предоставления субъектом персональных данных обязательных для предоставления медицинской услуги сведений, медицинская услуга не может быть предоставлена.

«___» _____ 20__ г. _____
дата подпись расшифровка

Юридические последствия отказа предоставить персональные данные разъяснил(а):

«___» _____ 20__ г. _____
дата подпись расшифровка