

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (совершеннолетние, дееспособные несовершеннолетние)

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_,  
проживающая по адресу: \_\_\_\_\_,  
дата рождения: \_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан:  
\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_, код подразделения: \_\_\_\_\_

руководствуясь ст. 9,10 Федерального закона от 27.07.2006 г N 152-ФЗ "О персональных данных», **подтверждаю свое согласие** на обработку БУЗ ВО «Чергорроддом», юридический адрес: 162614, Российская Федерация, город Череповец, проспект Луначарского, дом 50 (далее Оператор), который осуществляет обработку персональных данных в соответствии со ст. 22 федерального закона от 27.07.2006 г N 152-ФЗ "О персональных данных», предоставленных мною персональных данных свободно, по своей воле и в своем интересе при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес регистрации и проживания, телефоны, место работы, вид занятости, сведения об образовании, семейном положении, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, диагнозы, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, видеоизображение с камер, расположенных в общедоступных местах для обеспечения безопасности, место оказания медицинской помощи, и иные сведения, полученные при обследовании и лечении.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, должностным лицам других медицинских учреждений в интересах моего обследования и лечения, в том числе для выполнения должностных обязанностей; а также использовать обезличенные мои персональные данные для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях, *не противоречащих законодательству РФ (ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ"Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации).*

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Срок хранения персональных данных и персональных данных моего ребенка (детей) соответствует срокам хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и вторичных медицинских документов в соответствии с законодательством РФ.

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.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г  
Дата

Подпись

(\_\_\_\_\_)  
Фамилия И.О.