

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «Набережно-Челнинская ИБ», расположенным по адресу: 423812, Российская Федерация, Республика Татарстан, город Набережные Челны, Московский проспект, дом № 85, моих персональных данных.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции Российской Федерации, ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- дата и место рождения;
- пол;
- паспортные данные;
- адрес по месту регистрации;
- адрес фактического места жительства;
- контактный номер телефона;
- семейное, социальное положение;
- сведения о членах семьи (близких родственниках);
- сведения об образовании;
- место работы (учебы);
- должность (профессия);
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы);
- сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах);
- сведения о праве на льготу и льготное лекарственное обеспечение;
- сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении;
- сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования;

- сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС);
- сведения о листках нетрудоспособности.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в непредусмотренных законодательством Российской Федерации случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие пациента в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ГАУЗ «Набережно-Челнинская ИБ» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов в ГАУЗ «Набережно-Челнинская ИБ», права и обязанности в области защиты персональных данных пациентов мне разъяснены.

« ___ » _____ 20___ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи пациента)