

СОГЛАСИЕ

пациента на обработку персональных данных в ГКУЗ «Краевом детском санатории для лечения туберкулеза»

Я, _____, (Ф.И.О. полностью пациента или законного представителя)

проживающий(ая) по адресу _____,

(по месту регистрации)

паспорт _____,

(серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

Даю согласие на сбор и обработку персональных данных своего ребенка

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

проживающий(ая) по адресу
(по месту регистрации)

Паспорт(св-во)

(серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю свое согласие на обработку Государственным казенным учреждением здравоохранения

«Краевой детский санаторий для лечения туберкулеза» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, мобильный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, 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 право медицинским работникам, передавать мои 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 обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять все действия включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Я предоставляю право медицинским работникам осуществлять, на указанные мной мобильный телефонный номер и адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене / переносе планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, о необходимости /возможности пройти вакцинацию или диспансеризацию, о готовности результатов медицинских анализов и обследований.

Разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам (Ф.И.О): _____

Разрешаю использование информации, содержащейся в моей медицинской документации и полученной от меня, для проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях без указания фамилии, имени, отчества.

Разрешаю использование материалов и данных, содержащихся в моей медицинской документации и полученной при опросе, а также в процессе лечения и обследования, преподавателями в учебном процессе студентов, интернов, ординаторов с учетом соблюдения врачебной тайны.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует до окончания сроков хранения первичной медицинской документации.

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 не превышающий десяти рабочих дней с даты получения оператором соответствующего требования, прекратить их обработку или обеспечить прекращение такой обработки.

Мобильный телефон(ы) _____

(в случае, если контактный телефон не указывается, смс-информирование поступать не будет)

Адрес электронной почты _____

(в случае, если адрес электронной почты не указывается, информирование на e-mail поступать не будет)

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата _____