

СОГЛАСИЕ

представителя пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____,
проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт: серия _____ № _____ выдан _____,
контактный телефон: _____, адрес электронной почты: _____,
как законный представитель _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии), контактный телефон, e-mail)

(наименование и реквизиты документы, подтверждающие право представлять интересы пациента)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе подтверждаю свое безусловное согласие Федеральному государственному бюджетному учреждению Национальному медицинскому исследовательскому центру «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Оператор, Центр), адрес местонахождения: Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 16 (ИНН 7704115177, ОГРН 1037739448460), на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка/лица, законным представителем которого я являюсь (далее – пациент), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, включая личную фотографию, адрес места жительства, место регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, данные полиса ОМС (ДМС), данные СНИЛС, статус застрахованного лица (работающий, неработающий), данные документов, подтверждающих право на дополнительные гарантии, льготы и компенсации по определенным основаниям, данные документов, подтверждающих факты расчетов по договорам платных медицинских услуг, данные о состоянии здоровья и диагнозе, данные оказанных видов, объемов, форм медицинской помощи, данные о заболеваниях, случаях и результатах 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 и иные персональные данные, ставшие ему известными в связи с исполнением им трудовых обязанностей.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать все мои персональные данные (мои и пациента), в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам и работникам Оператора (в том числе, с использованием медицинских информационных систем), в интересах обследования, лечения, а также выполнения Оператором иной деятельности, предусмотренной уставом Оператора и законодательством РФ.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными (моими и пациента), включая сбор, обработку, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор также вправе обрабатывать персональные данные (мои и пациента) посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), ВМП, платным медицинским услугам и иным источникам финансирования. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными с обслуживающей страховой медицинской организацией, федеральными и территориальными фондами ОМС, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, экспертными организациями, Росздравнадзором, Роспотребнадзором, Минздравом России, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять тайну, ставшую известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей.

Подтверждаю свою согласие на включение моих персональных данных и персональных данных пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, контактный(е) телефон(ы), регистрационные данные медицинской документации, в общедоступные источники Оператора (информационные таблички и указатели помещений, прикроватные медицинские планшеты и т.д.).

Передача персональных данных (моих и пациента) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев особо оговоренных законодательством РФ.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и до достижения указанных целей обработки персональных данных и последующих сроков хранения документов, установленных действующим законодательством РФ. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет на бумажном носителе, в виде электронных документов в медицинских информационных системах - 50 лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично на основании письменного личного заявления, путем направления документа по почте заказным письмом в адрес Оператора или вручения лично под расписку уполномоченному представителю Оператора. Я проинформирован(а), что в случае отзыва мною данного согласия, Центр вправе продолжить обработку персональных данных (моих и пациента) при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ.

Я своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа.

Получив полную информацию, даю свое согласие на предоставление Оператором информации, содержащей персональные данные лично, по телефону (при звонке Оператора) и по электронной почте (указанной мною в данном согласии/в направлении на исследование) моему лечащему врачу/медицинской организации (где наблюдается пациент), а также следующим лицам:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), контактный телефон, e-mail)

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)