

## СОГЛАСИЕ

### на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента

Я, **Фамилия пациента** **Имя пациента** **Отчество пациента**, проживающий (-ая)

по адресу: **Адрес места жительства пациента**, паспорт: серия **Серия паспорта пациента**

**номер** **Номер паспорта пациента** выдан **Кем выдан паспорт пациента** **Дата**

**выдачи паспорта пациента** г. в соответствии с требованиями ст. 23, 24 Конституции РФ,

статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях

ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие **ООО «Центр эффективной**

**гинекологии «Женская Линия»** (далее – Оператор), расположенному по адресу:

**Ставропольский край, г. Пятигорск, ул. Нежнова 52к1, офис 6**, и представителям

Оператора на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя,

отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан), адрес регистрации по месту

жительства и адрес фактического проживания (почтовый адрес, улица, дом), контактный(е)

телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого

счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о месте работы или учебы, данные о

состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), заболеваниях, случаях обращения за

медицинской помощью, 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 его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- Обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом.
- Обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).
- Во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, обмен (прием и передача) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, 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 лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
- Обмен (прием и передача) моими персональными данными с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный

орган государственной статистики), во исполнение своих обязательств по трудовому договору, 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 лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

- Передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача указанных данных будет осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
- Обрабатывать персональные данные пациентов в объеме, необходимом для выполнения медицинской организацией обязанности, предусмотренной п. 16 ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно: осуществлять выгрузку персональных данных и сведений о состоянии здоровья граждан в ЕГИСЗ при помощи Иной информационной системы «МИС Медлок», принадлежащей ООО «Медрейтинг» (ИНН: 2311144947). Срок хранения моих персональных данных у Оператора соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
- Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:
  - обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
  - обработка моих персональных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации;
  - обработка моих персональных данных в целях передачи (распространение, предоставление, доступ) их в Систему МедТочка (<https://medtochka.ru>) для систематизации и хранения моих

медицинских заключений, в том объеме, который необходим для реализации указанной цели.

- обработка моих персональных данных в целях передачи (при направлении на обследования/проведения медицинских вмешательств и иной помощи от другого медицинского учреждения)

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет, пять лет – для поликлиники.

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

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов {{ company\_name }}.

Настоящее согласие дано мной Текущая дата г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением-оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных

\_\_\_\_\_ / Фамилия и инициалы пациента  
(расшифровка подписи)