



Ф.И.О. пациента:
Сопровождающий:

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)
зарегистрированная по адресу: _____
(адрес регистрации по месту жительства)
фактически проживающая по адресу: _____
(адрес проживания)
документ, удостоверяющий личность _____
СНИЛС _____
(при наличии сведений)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. №152-ФЗ и Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», расположенного по адресу: 119334, г. Москва, 5-й Донской пр-д, дом 21А (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющую врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Даю согласие на использование электронной почты для обмена данными, необходимыми для оказания мне медицинской помощи, между мною и работниками ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

✓ _____

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

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

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.

Дата:

Подпись пациента ✓ _____ / ✓ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Пациент подписался в моем присутствии:

Врач-психиатр ГБУЗ «НПЦ ПЗДП
им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» _____

Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может, либо отказывается подписать информированное согласие:

В случае, если пациент по тяжести состояния не может, либо отказывается подписать информированное согласие, обработка и передача персональных данных будет осуществляться в соответствии с п. 6 ч. 1 ст. 6 Федерального Закона от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

Врач-психиатр ГБУЗ «НПЦ
ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» _____ /

Ф.И.О. пациента: Филимончук Елизавета Руслановна

Сопровождающий: Мать

СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Я, Майдельман Светлана Валерьевна

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения ✓ « » г., СНИЛС ✓

(при наличии сведений)

зарегистрированная по адресу: ✓

(адрес регистрации по месту жительства)

фактически проживающая по адресу:

(адрес проживания)

паспорт 4519 286252 ГУ МВД России г. Москва 25.07.2019

(документ, удостоверяющий личность)

Я

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения ✓ « » г., СНИЛС ✓

(при наличии сведений)

зарегистрированный по адресу: ✓

(адрес места жительства)

фактически проживающий по адресу:

(адрес проживания)

паспорт

(документ, удостоверяющий личность)

действующие в интересах несовершеннолетнего Филимончук Елизаветы Руслановны,
2004 г.р.

паспорт 4518 560218 ГУ МВД России г. Москва 03.04.2018 Москва, Лавочкина 34-1-171

(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. №152-ФЗ и Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», расположенного по адресу: 119334, г. Москва, 5-й Донской пр-д, дом 21А (далее - Оператор) персональных данных несовершеннолетнего и наших персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные нашего ребенка и наши данные при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющую врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором медицинской помощи нашему ребенку мы предоставляем право медицинским работникам передавать персональные данные нашего ребенка и наши персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения нашего ребенка.

Предоставляем Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего и нашими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать персональные данные нашего ребенка и наши персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональных данных со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использо-

ванием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления нас об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Мы разрешаем предоставлять, передавать персональные данные нашего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

✓

Передача персональных данных несовершеннолетнего и наших персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с нашего письменного согласия.

Настоящее согласие дано нами с даты его подписания и действует бессрочно.

Мы оставляем за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен нами в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Дата: 13.10.2020

Законный представитель

✓ / ✓
(подпись) (расшифровка подписи)

Законный представитель

✓ / ✓
(подпись) (расшифровка подписи)

Законные представители подписались в моем присутствии:

Врач-психиатр ГБУЗ «НПЦ ПЗДП

им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

_____ / Никандрова Анна Андреевна

Заполняется, если законные представители отказываются подписать информированное согласие:

В случае, если законные представители пациента отказываются подписать информированное согласие, обработка и передача персональных данных будет осуществляться в соответствии с п. 6 ч. 1 ст. 6 Федерального Закона от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

Врач-психиатр ГБУЗ «НПЦ

ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

_____ /