

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(Ф.И.О., дата рождения)

именуемый в дальнейшем «Пациент».

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____.

Место жительства _____.

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в федеральном государственном бюджетном учреждении "Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера" Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее Исполнитель) персональных данных Пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья Пациента, 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 Исполнителем медицинской помощи Пациенту я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах обследования и лечения Пациента.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС, на оказание платных медицинских услуг).

Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договорам ДМС, на оказание платных медицинских услуг) на обмен (прием и передачу) персональными данными Пациента 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.

Срок хранения персональных данных Пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара) и пять лет (для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного согласия и действует бессрочно.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Пациента, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Телефон домашний: _____, телефон мобильный: _____, электронная почта: _____.

Адрес: _____.

На передачу лично мне сведений о состоянии моего здоровья, в том числе сведений о результатах медицинских обследований, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи и иных данных по телефонам и адресу электронной почты, указанным в заявлении согласен (согласна)
(нужное подчеркнуть)

Дата: _____ . Подпись: _____ / _____ /