

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, субъект персональных данных, _____,
(Фамилия, имя, отчество Пациента полностью)

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,

Вид, серия и номер основного документа, удостоверяющего личность: _____,

Дата выдачи _____, Наименование выдавшего органа: _____

(далее - Пациент),

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, свободно, своей волей и в своем интересе,

даю настоящее согласие Общество с ограниченной ответственностью «ЭрСпей»

(полное наименование юридического лица-Оператора)

адрес (место нахождения): 432017, Ульяновская область, город Ульяновск, улица Пушкинская, дом 15А, офис 301/3 (далее - Оператор) на обработку ниже перечисленного перечня моих персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, проведения медицинских вмешательств, оказания медицинских услуг по заключенному договору об оказании медицинских услуг и (или) по ОМС, ДМС, в целях учета оказанных медицинских услуг, выполнения договорных обязательств и проведения расчетов, для осуществления обязанностей Оператора, возложенных законодательством Российской Федерации, в целях проведения анализа качества предоставляемых Оператором услуг, улучшения качества обслуживания, продвижения услуг Оператора на рынке, в целях работы с жалобами и обращениями.

Моими персональными данными является любая информация, относящаяся ко мне как к физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе, но, не ограничиваясь: фамилия, имя, отчество, контактные телефоны, адрес электронной почты, пол, возраст, год, месяц, дата и место рождения, гражданство, социальное положение, место работы, учебы, данные о социальных льготах (в том числе, об инвалидности), адрес проживания и пребывания, реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность (в том числе, свидетельства о рождении), данные полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения о семейном положении, о наличии детей, сведения об оказанных услугах, данные о состоянии здоровья, вредных привычках, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о назначенном и проведенном лечении, сведения о результатах анализов, медицинского обследования, полученных рекомендациях, сведения о приеме лекарственных препаратов, применении медицинского изделия и иные данные, полученные от Пациента, его законных представителей в ходе оказания Пациенту Оператором медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций) (с моими персональными данными, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, передачу данных по внутренней сети Оператора, проведения обработки персональных данных неавтоматизированным способом, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, в том числе по ОМС (договором ДМС).

В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи (медицинских услуг) я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные другим работникам Оператора в вышеуказанных целях. Конфиденциальность персональных данных при их передаче обеспечивается Оператором в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Общее описание используемых Оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную(ые) базу(ы) данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные специальными документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе по ОМС, ДМС, обмен (прием и передача) персональных данных со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС, с контролирующими (надзорными) органами в сфере здравоохранения, с медицинскими организациями, иными организациями с использованием электронных носителей, бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а так же обработка персональных данных неавтоматизированным способом.

Во исполнение вышеуказанных целей я предоставляю Оператору право осуществлять обмен (прием и передачу) моими персональными данными на бумажных носителях и (или) с использованием электронных носителей с медицинскими организациями; контролирующими (надзорными) органами в сфере здравоохранения; с иными органами и организациями (в том числе, с Фондом социального страхования, органами внутренних дел) в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации; со страховыми медицинскими организациями, федеральным фондом ОМС, территориальным фондом ОМС на бумажных носителях и (или) с использованием электронных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

В соответствии с требованиями ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку специальных категорий моих персональных данных Оператором.

Даю согласие на то, срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет для медицинских карт (историй болезней) стационарных больных - двадцать пять лет, для медицинских карт амбулаторных больных - двадцать пять лет. После завершения обработки и истечения сроков хранения персональные данные подлежат уничтожению.

Настоящее согласие дано мной свободно, своей волей и в своем интересе, действует бессрочно и может быть отозвано мной или моим представителем посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора, по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Мне разъяснено, что в соответствии с ч.2 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, в случае отзыва мной согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ.

В соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ, даю свое согласие Оператору на передачу информации о состоянии моего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам:

(ФИО, контактный телефон)

Дополнительные условия:

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, с ч.1 ст.18 Федерального закона «О рекламе» от 13.03.2006 № 38-ФЗ, ст. 13, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.44.1 Федерального закона от 07.07.2003 № 126-ФЗ «О связи» я, субъект персональных данных, являясь абонентом и/ или адресатом, даю Оператору свое согласие отправлять мне по сетям электросвязи (в том числе, посредством использования телефонной, подвижной радиотелефонной связи, с использованием программного обеспечения (приложений), SMS – сообщений, с использованием электронной почты), **на мои контактные данные:**

_____ (номер телефона) и _____ (адрес электронной почты)

<p>информации о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о здоровье); информационные рассылки и звонки (в том числе, опросы, анкетирование, напоминания о явке/ записи на прием, поздравления с праздниками); на получение рекламы (рекламных сообщений, сообщений о специальных предложениях, акциях, скидках, рассылках, звонков); в целях моего удобства получения мной данной информации; настаиваю на передаче результатов выполненных мне лабораторных и инструментальных исследований, заключений медицинских специалистов, иных сведений содержащих мои персональные данные, по открытым и незащищенным каналам связи на указанный мной адрес электронной почты, о возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации предупрежден, претензий к Оператору не имею.</p>	<p align="center">ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> (отметить нужное)</p>
---	--

Все вышеуказанное подтверждаю.

Субъект персональных данных (Пациент): _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.