

Согласие законного представителя пациента на обработку персональных данных¹

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество законного представителя субъекта персональных данных (Пациента) полностью)
зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,
Вид, серия и номер основного документа, удостоверяющего личность: _____,
Дата выдачи _____, Наименование выдавшего органа: _____,
на основании _____
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя - например, данные свидетельства о рождении)

являюсь законным представителем субъекта персональных данных (Пациента):

(Фамилия, имя, отчество представляемого субъекта персональных данных (Пациента) полностью)
зарегистрированного(-ой) 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, даю настоящее согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ЭрСпей» адрес (место нахождения): 432017, Ульяновская обл., г. Ульяновск, ул. Пушкинская, д. 15А офис 301/3 (полное наименование юридического лица-Оператора)

(далее - Оператор) на обработку указанного ниже перечня персональных данных Пациента 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.

Персональными данными Пациента является любая информация, относящаяся к Пациенту 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 персональными данными Пациента, 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 персональные данные Пациента посредством внесения их в электронные базы данных, передаче 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 субъекту персональных данных Оператором медицинской помощи (медицинских услуг) я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать персональные данные субъекта персональных данных другим работникам Оператора в вышеуказанных целях. Конфиденциальность персональных данных Пациента 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) персональными данными 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) персональными данными Пациента 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 Оператором специальных категорий персональных данных Пациента.

Оператором мне были разъяснены положения ст.13 Федерального закона от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ. Мне разъяснено, что передача сведений, составляющих врачебную тайну о несовершеннолетнем Пациенте в возрасте старше 15-ти лет или о больном наркоманией Пациенте в возрасте старше 16-ти лет, осуществляется только с его письменного согласия в соответствии со ст. 13, 54 Федерального закона от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации; передача или иное разглашение других персональных данных Пациента, не достигшего 18-ти летнего возраста, может осуществляться только с письменного согласия законного представителя Пациента, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Даю согласие на то, что срок хранения персональных данных Пациента 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 действует бессрочно и может быть отозвано законным представителем Пациента посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен законным представителем Пациента 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 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 здоровья Пациента, результатах обследования и лечения до достижения несовершеннолетним Пациентом 15-ти летнего возраста или Пациентом, больным наркоманией 16-ти летнего возраста следующим лицам:

(ФИО, контактный телефон)

Контактный телефон законного представителя Пациента: _____
Законный представитель субъекта персональных данных (Пациента) _____
(подпись) _____ (расшифровка подписи)

Дата: «__» _____ 20__ г.

¹ Данная форма согласия применяется в случае необходимости получения согласия на обработку персональных данных несовершеннолетнего Пациента или недееспособного Пациента. На основании законодательства Российской Федерации законными представителями несовершеннолетних могут являться родители, усыновители, опекуны, попечители; законным представителем недееспособного лица является опекун.

Дополнительные условия к соглашению законного представителя на обработку персональных данных

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):

информации о состоянии 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) Пациента, признанного недееспособным в установленном законом порядке, Пациента, не достигшего 15-ти летнего возраста или больного наркоманией Пациента, не достигшего 16-ти летнего возраста; 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 Пациенту лабораторных и инструментальных исследований, заключений медицинских специалистов, иных сведений содержащих персональные данные Пациента, 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.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> (отметить нужное)
---	---

Все вышеуказанное подтверждаю.

Законный представитель субъекта персональных данных (Пациента): _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: «__» _____ 20__