

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, законный представитель несовершеннолетнего пациента

Ф.И.О. законного представителя полностью,

номер основного документа, удостоверяющего его личность,

сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе

проживающий (его) по адресу:

место регистрации

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку бюджетным учреждением здравоохранения Вологодской области «Вологодская областная детская клиническая больница» (далее – Оператор), находящимся по адресу: 160022, г. Вологда, Пошехонское шоссе, д. 31, персональных данных пациента:

Ф.И.О. пациента

пол, дата рождения, адрес места жительства, реквизиты полиса ОМС (ДМС)

номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного

документа и выдавшем его органе, данные о состоянии здоровья, 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 медицинской помощи несовершеннолетнему пациенту предоставляю право медицинским работникам бюджетного учреждения здравоохранения Вологодской области «Вологодская областная детская клиническая больница» передавать его персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, страховым компаниям для контроля соответствия объема, сроков и качества оказываемых медицинских услуг, третьим лицам, структурам и лечебным учреждениям в интересах обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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 (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой организацией

название страховой организации

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 будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

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

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

дата

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.

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

Подпись: _____ Контактный телефон: _____

Почтовый адрес: _____
