

Согласие на обработку персональных данных пациента в ГБУЗ "Краевая больница № 4"

Я, _____ (дата рождения: «__» _____ 20 г., пол: _____ паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
_____ (дата выдачи: «__» _____ 20 г., _____) проживающий(ая) по адресу:
_____ (по месту жительства/регистрации) контактный телефон: _____

действую в интересах и от имени несовершеннолетнего

Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего: _____

(дата рождения: «__» _____ 20 г.) на основании _____ указать документ, удостоверяющий статус: «свидетельство о рождении», «свидетельство о назначении опекуном/попечителем», решение суда и т.п.).

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", настоящим подтверждаю свое согласие на обработку в медицинском учреждении: государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Краевая больница № 4" министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по адресу 354340 Краснодарский край, Адлерский район, г. Сочи, ул. Кирова 50, ИНН 2317000807, ОГРН 1022302724102 моих персональных данных и (или) персональных данных несовершеннолетнего: Фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, адрес места жительства/регистрации, контактный телефон, электронная почта., паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, кем выдан), реквизиты полиса ОМС (серия, номер, срок действия), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о воинской обязанности (при наличии военного билета), данные о состоянии здоровья, диагнозах, результатах обследований, медицинских записях, истории болезни, информация о фактах и результатах обращений за медицинской помощью и т.п..

Цели обработки персональных данных: обеспечение соблюдения Положения об информационном обмене в системе ОМС Краснодарского края, оказание медицинской помощи, ведение медицинской документации, направление на обследование, консультации, плановые госпитализации, оказание платных медицинских услуг.

Порядок обработки данных: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (в пределах законодательства РФ), изменение, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством соответствующего письменного заявления. При получении моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение срока, необходимого для завершения текущих расчетов и оформления документов, связанных с оказанной до момента отзыва медицинской помощи.

Срок действия согласия: настоящее согласие действует до момента моего письменного отзыва либо до окончания обработки персональных данных в соответствии с требованиями законодательства.

Персональные данные могут быть переданы в государственные и иные органы, осуществляющие государственные и муниципальные функции, в том числе в порядке и на основаниях, установленных законодательством Российской Федерации, по их письменному запросу. Ознакомлен(а) и подтверждаю: что перечень персональных данных, характер и цели обработки мне разъяснены; что я ознакомлен(а) с политикой обработки персональных данных данного учреждения; что я вправе в любое время потребовать доступ к своим персональным данным и получить разъяснения по их обработке.

Дата выдачи согласия «__» _____ 20 г.

Подпись

Ф.И.О. (от руки)

Согласие на передачу персональных данных третьей стороне

Я, _____ (дата рождения: «__» _____ 20 г., пол: _____) паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
_____ (дата выдачи: «__» _____ 20 г., _____) проживающий(ая) по адресу:
_____ (по месту жительства/регистрации), контактный телефон: _____

действую в интересах и от имени несовершеннолетнего

Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего: _____ (дата рождения: «__» _____ 20 г.)

на основании _____ (указать документ, удостоверяющий статус: "свидетельство о рождении", "свидетельство о назначении опекуном/попечителем", решение суда и т.п.).

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", даю письменное согласие государственному бюджетному учреждению здравоохранения "Краевая больница № 4" министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по адресу 354340 Краснодарский край, Адлерский район, г. Сочи, ул. Кирова 50, ИНН 2317000807, ОГРН 1022302724102, на передачу моих персональных данных и (или) персональных данных несовершеннолетнего, третьей стороне.

Персональные данные могут быть переданы в страховые медицинские организации и ТФОМС КК, другие медицинские учреждения, с которыми заключены договора учреждением на оказание медицинских услуг, а также государственные и иные органы, осуществляющие государственные и муниципальные функции, в том числе в порядке и на основаниях, установленных законодательством Российской Федерации, по их письменному запросу.

Перечень передаваемых персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, адрес места жительства/регистрации, контактный телефон, электронная почта, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, кем выдан), реквизиты полиса ОМС (серия, номер, срок действия), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о воинской обязанности (при наличии военного билета), данные о состоянии здоровья, диагнозах, результатах обследований, медицинских записях, истории болезни, информация о фактах и результатах обращений за медицинской помощью и т.п.

Цели передачи: выставление счетов в страховые медицинские организации, ТФОМС КК по защищенным каналам связи, обеспечение соблюдения Положения об информационном обмене в системе ОМС Краснодарского края, предоставление информации о пациенте по запросу следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.

Условия передачи: Я подтверждаю, что согласен(на) на передачу указанных персональных данных только в страховые медицинские компании, действующие в системе ОМС, страховые компании, с которыми заключены договора в рамках добровольного медицинского страхования, ТФОМС КК, другие медицинские учреждения, с которыми заключены договора учреждением на оказание медицинских услуг и только в целях, указанных в настоящем заявлении, без права дальнейшей передачи иным третьим лицам, кроме случаев, прямо предусмотренных законодательством РФ.

Срок действия согласия: настоящее согласие действует до момента моего письменного отзыва либо до окончания обработки персональных данных в соответствии с требованиями законодательства.

Ознакомлен(а) и подтверждаю: что перечень персональных данных, характер и цели передачи мне разъяснены; что я ознакомлен(а) с политикой обработки персональных данных данного учреждения; что я вправе в любое время потребовать доступ к своим персональным данным и получить разъяснения по их обработке.

Дата выдачи согласия «__» _____ 20 г.

Подпись

Ф.И.О. (от руки)