

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Детская стоматологическая поликлиника № 43 Департамента здравоохранения города Москвы»

Согласие на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну

В силу частей 1, 3 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Закон) сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Руководствуясь частью 3 статьи 13 Закона,

Этот раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____,
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)
_____ года рождения, проживающий по адресу: _____,
(адрес места жительства гражданина)
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____,
_____,
иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____,
(далее - пациент).

**Этот раздел бланка заполняется только законными представителями пациентов,
не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан**

Я, _____,
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) законного представителя пациента)
проживающий по адресу: _____,
(адрес места жительства законного представителя пациента)
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____,
_____,
иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____,
_____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

(указывается нужное)
пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным):

(указывается нужное)

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,
_____ подтверждающего право представлять интересы пациента)

действуя свободно, своей волей, в интересах своих (в интересах лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие медицинской организации: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 43 Департамента здравоохранения города Москвы», расположенной по адресу: г. Москва, ул. Днепропетровская, 33Б, предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну, любым способом, в том числе на основании письменного заявления медицинские документы, отражающие состояние моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов следующим гражданам (должностным лицам)

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) доверенного лица;
паспорт (указываются серия, номер паспорта, дата выдачи

и наименование органа, выдавшего паспорт); контактный номер телефона)

Настоящий документ вступает в силу с даты подписания и действует в течение неопределенного срока, до дня отзыва настоящего документа.

Настоящий документ распространяется, в том числе на такие сведения, составляющие врачебную тайну, которые могут появиться после моей (лица, законным представителем которого я являюсь) смерти (в том числе данные патолого-анатомического вскрытия, судебно-медицинского исследования и подобные сведения) и продолжает действовать впредь до истечения трех лет со дня моей (лица, законным представителем которого я являюсь) смерти.

Я информирован(а) (лицо, законным представителем которого я являюсь информировано) о том, что:

1. Лицу, уполномоченному пациентом или его законным представителем на получение сведений о состоянии здоровья, предоставляется возможность знакомится с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (представляемого), а также получать отражающие состояние здоровья пациента (представляемого) медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов.

2. Сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся в медицинской организации в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3. Сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться медицинской организацией только в рамках осуществления возложенных на нее полномочий и обязанностей.

4. В соответствии с частью 4 статьи 14 Закона предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя.

Я удостоверяю, что текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

Пациент/законный, представитель пациента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата подписания)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящий документ, но может в устной форме выразить свое согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ, заверяется двумя подписями медицинских работников организации.

(указываются наименование должности медицинского работника медицинской организации, его подпись и его фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) - полностью, дата подписания).

(указываются наименование должности медицинского работника медицинской организации, его подпись и его фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) - полностью, дата подписания).

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Детская стоматологическая поликлиника № 43 Департамента здравоохранения города Москвы»

**Согласие пациента (законного представителя пациента)
на обработку персональных данных**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____,
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

_____ года рождения, проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина)

паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____

иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____
(далее - пациент).

**Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента,
не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного граждан**

Я, _____,
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства законного представителя пациента)

паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____

иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____
(нужное указать)

пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____
(нужное указать)

_____ (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,
подтверждающего право представлять интересы гражданина)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значения своих действий, даю свое согласие медицинской организации: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 43 Департамента здравоохранения города Москвы», расположенной по адресу: г. Москва, ул. Днепропетровская, 33Б (далее - Оператор), на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю свое согласие на обработку специальной категории персональных данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- 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;
- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;
- осуществление передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;
- реализация Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компенсаций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Представляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор; запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространения, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Оператором в страховую медицинскую организацию, в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС), в органы Фонда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Оператор вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, в том числе Департаменту информационных технологий города Москвы, а также уполномоченному учреждению Департамента информационных технологий города Москвы - Государственному казенному учреждению города Москвы «Информационно-аналитический центр в сфере здравоохранения» (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

Оператор вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Настоящий документ может быть мною отозван посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении лично под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2.11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Оператора в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Оператором только в рамках осуществления возложенных на него полномочий и обязанностей.

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;

- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;

- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Согласен(а) на информирование о медицинских услугах, условиях их оказания и акциях на платные медицинские услуги по:

Телефону (SMS сообщением) + 7 (_____) _____ e-mail _____

Дата начала обработки персональных данных: « _____ » _____ 20 _____ г.

Пациент/законный представитель пациента _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Если пациент, по каким-либо причинам не может собственноручно подписать настоящий документ, но может в устной форме выразить свое согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников Оператора.

(указываются наименование должности медицинского работника Оператора: подпись, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) - полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

(указываются наименование должности медицинского работника Оператора: подпись, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) - полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)