

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента

Я, **Фамилия пациента** **Имя пациента** **Отчество пациента**, проживающий (-ая) по адресу: **Адрес места жительства пациента**, паспорт: серия **Серия паспорта пациента** номер **Номер паспорта пациента** выдан **Кем выдан паспорт пациента** **Дата выдачи паспорта пациента** г. в соответствии с требованиями ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие **Наименование организации** (далее – Оператор), расположенному по адресу: **Юридический адрес клиники**, и представителям Оператора на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан), адрес регистрации по месту жительства, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- Передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
- Обрабатывать персональные данные в объеме, необходимом для выполнения медицинской организацией обязанности, предусмотренной п. 16 ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно: осуществлять выгрузку персональных данных и сведений о состоянии здоровья граждан в ЕГИСЗ при помощи Иной информационной системы «МИС Медлок», принадлежащей ООО «Медрейтинг» (ИНН: 2311144947)."
- Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет, пять лет – для поликлиники. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов {{ company_name }} Настоящее согласие дано мной **Текущая дата** г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением-оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных. Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных

_____ / **Фамилия и инициалы пациента**
(расшифровка подписи)