

Министерство здравоохранения Свердловской области
государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области
«ДЕМИДОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»
(ГБУЗ СО «Демидовская ГБ»)
ул. Горошникова, 37 г. Нижний Тагил, Свердловская область, Россия, 622034
Телефон/факс: (3435) 41-21-55, эл. адрес: dcgb@inbox.ru
ИНН 6623097055 КПП 662301001

ПРИКАЗ

«12» 02 2018 г.

№ 88-1

Об утверждении формы согласия пациента на обработку персональных данных в ГБУЗ СО «Демидовской ГБ».

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму согласия пациента на обработку персональных данных в ГБУЗ СО «Демидовской ГБ» (Приложение №1).
2. Заместителю главного врача по лечебной части Набока В.Е. обеспечить с 01.02.2018 получение согласия пациентов на обработку персональных данных в ГБУЗ СО «Демидовской ГБ» по форме, представленной в Приложении №1.
3. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



С.В. Овсянников

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных.**

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающий (ая) по адресу _____
(по месту регистрации)

Паспорт _____

(серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ СО «Демидовская ГБ», 622034, г. Нижний Тагил, ул. Горошникова, д.37 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты 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 медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять все действия включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр», 620078, г. Екатеринбург ул. Гагарина 53; ГБУ СО ОПЕРАТОР «ЭЛЕКТРОННОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА» 620094, Россия, Свердловская область, Екатеринбург, ул. Большакова, 105; ООО «Фирма «Эскейп», 129010, г. Москва, Проспект Мира, д. 16, стр. 2; ООО «Корпоративные информационные рутины (КИР)», 420049, г. Казань, ул. 2-ая Газовая, д. 14, ООО «Медотрейд», 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 69/75, ООО СВАН, г. Пермь, ул. Уральская, д.76, ООО «ПАРУС- Екатеринбург» (Региональный офис), 620014, г. Екатеринбург, ул. Маршала Жукова, д. 13; ПАО «Ростелеком», 191002, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Достоевского, д. 15 с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (двадцать пять лет - для стационара, двадцать пять лет - для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20__ г. и действует до окончания сроков хранения первичной медицинской документации.

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 мне до этого медицинской помощи.

Контактный

телефон(ы)

и

почтовый

адрес

Подпись субъекта персональных данных _____