

**Информированное согласие пациента на обработку
и передачу его персональных данных,
данных и сведений, составляющих врачебную тайну**

Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы
«Стоматологическая поликлиника № 13 Департамента здравоохранения города Москвы»,
Адрес: 111116, г.Москва, ул.Энергетическая, д.22, Телефон (495) 362-07-01, ОГРН 1027739641225
ИНН7722000860

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,
ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Я, _____
ФИО субъекта персональных данных

Дата рождения « ____ » _____ г.
Зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации по месту жительства).

Фактически проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического места проживания).

Документ, удостоверяющий личность: _____
наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер

_____ сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

СНИЛС _____
заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС

в соответствии статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку _____
наименование медицинской организации
расположенного(ой) по адресу(ам): _____
адрес организации

(далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и на бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы Хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

(служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

Работодатель: _____

Супруг(а): _____

Мать: _____

Отец: _____

Сын: _____

Дочь: _____

Иные лица: _____

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

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

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.

Подпись пациента/законного представителя пациента:

_____/_____
подпись / расшифровка

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.

Пациент подписался в моем присутствии: _____ / _____
подпись врача / расшифровка с указанием должности

Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано пациенту вслух _____
ФИО врача, должность

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем присутствии:

_____/_____
подпись / ФИО, должность

удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач:

_____/_____
подпись / ФИО, должность

Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения _____,

указать в чем состоит тяжесть

не может прочесть и подписать данное согласие.

Решение о общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - ПУНКТЫ 9, 10 статьи 20 ФЗ-323 от 21 ноября 2011 года.

Врач _____
наименование организации

_____/_____
подпись / ФИО

Врач _____
наименование организации

_____/_____
подпись / ФИО

Врач отделения _____
наименование организации

_____/_____