

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных для

Я _____ (фамилия, имя, отчество полностью пациента) паспорт: _____ являюсь _____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего полностью, год рождения) законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 N152-ФЗ "О персональных данных", статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" я подтверждаю свое согласие на обработку Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городской врачебно-физкультурный диспансер» (191028, г. Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д.18) (далее по тексту - «Оператор») моих персональных данных, персональных данных представляемого мною лица (несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным).

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, (учебы, занятий спортом), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрических данных и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или - при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг, осуществляя обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией - заказчиком медицинских услуг с целью исполнения своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналу связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, направленного мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручением 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. Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений, напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья представляемого мною лица (результаты дополнительных методов обследования и др.) через незашифрованные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю Оператору высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения.

E-mail: _____ Телефон: _____ Подпись субъекта персональных данных (или его законного представителя) « _____ » _____ 20 _____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств при получении медико-санитарной помощи

Я _____ (фамилия, имя, отчество полностью пациента) паспорт: _____ являюсь _____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего полностью, год рождения) законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н в целях получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в СПб ГБУЗ ГВФД Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

- 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Проведение пробы с физической нагрузкой.
7. Нейнвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
8. Нейнвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
10. Лабораторные методы исследования.
11. Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, спиртографию, по назначению врача, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирометрия, лигнфлуометрия, эргоспирометрия, РВС 170, вариабельность сердечного ритма, электроэнцефалография,
12. По назначению врача рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенографию, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
13. Выделение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
14. Медицинский массаж.
15. Лечебная физкультура.
16. Проведение углубленного медицинского обследования, согласно требованиям Приказа Министерства здравоохранения РФ от 01.03.2016 г. №134-н в соответствии с этаном спортивной подготовки.

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предлагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка (мом), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(подпись пациента) (Ф.И.О. пациента, контактный телефон) (подпись) (Ф.И.О. его законного представителя, контактный телефон) _____ 20 _____

Расписался в моем присутствии Врач _____ (Должность, Ф.И.О.) _____ (подпись)