

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____,
проживающий (ая) по адресу (по месту регистрации) _____

паспорт (серия) _____ (номер) _____, выдан _____,

дата выдачи _____ года, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, в целях организации оказания медицинской помощи:

даю свое согласие на обработку ООО «НефроМед» (далее – Организация) моих персональных данных, включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания/прописки, 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 при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Организации, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе в форме электронных документов, сформированных в информационной медицинской системе Организации, в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, государственной информационной системе субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Организация 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 (документов) по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС).

Организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями (территориальным фондом ОМС) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для карты дневного стационара и пять лет – амбулаторной меднической карты.

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

Настоящее согласие дано мной (Ф.И.О.) _____.

дата года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Организацией по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Организации.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Организация обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____

Подпись пациента - субъекта персональных данных _____