

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
СПб ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №112»**Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу (месту регистрации): _____,

паспорт /иной документ, удостоверяющий личность _____, (номер, серия) _____

дата выдачи _____ название выдавшего органа _____

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №112» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, 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 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. 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 (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 стационара, пять лет – для поликлиники).

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20___ г. 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. 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.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии: _____ (должность, ФИО)

Дополнительно:

- Я ознакомлен с правилами поведения пациента в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №112» и обязуюсь их соблюдать;
- Я понимаю, что мне необходимо выполнять рекомендации врача, сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- Я знаю, что в соответствии с ч. 7 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином/ законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента»
- Я предупрежден (а) и осознаю, что скрытие или недостоверная информация о состоянии моего здоровья, отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, самостоятельное изменение формы введения, кратности приема и дозы назначенных медикаментозных препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;
- Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты.

(Ф.И.О. гражданина/законного представителя, контактный телефон)

Расписался в моем присутствии (ФИО) _____

Должность _____

(дата оформления)