

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавший(ая)ся _____
гражданин _____ РФ _____ прописан(а) по адресу _____
проживающий(ая) по адресу _____
паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

Ребенок _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 1», 660049, г. Красноярск ул. Марковского, д.49 (далее - Оператор) персональных данных (включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, документ, удостоверяющий личность, полис ОМС, СНИЛС, ИНН, данные о состоянии моего ребенка и другие), при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего освидетельствования.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать 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 передачу персональных данных с использованием машинных носителей или по защищенным 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 персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменной согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

Контактный телефон _____

Подпись субъекта персональных данных _____

ООО «Титография», г. Карасук, ул. Котовского, 3.67.Т.1500.2019.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
« _____ » _____ (Ф.И.О. гражданина) _____ г. рождения

зарегистрированный(ая) по адресу: _____
проживающий(ая) по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. 24082.) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 1»
(полное наименование медицинской организации)

(Ф.И.О., дата рождения несовершеннолетнего)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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 предполагаемые 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442,3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ 20 _____ г.

ООО «Титография», г. Карасук, ул. Котовского, 3.66.1500.2019.