

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(аяся),

ФИО пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: «» \_\_\_\_\_ г.

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

Серия, номер: \_\_\_\_\_ Кем выдан: \_\_\_\_\_

Дата выдачи: «» \_\_\_\_\_ г.

в соответствии со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своём интересе даю согласие

СПб ГБУЗ "Женская консультация №22"

(юридический адрес: 194354, город Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, д.10 лит.в, ИНН 7802061120, ОГРН 1037804001014)

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку следующих моих персональных данных:

Фамилия, имя, отчество (полностью);

дата и место рождения;

пол;

адрес регистрации и фактического проживания;

паспортные данные;

данные полиса ОМС (номер, СМО);

СНИЛС;

контактные телефоны, адрес электронной почты;

данные о состоянии здоровья, диагнозах, обращениях за медицинской помощью, результатах обследований, назначениях и иная медицинская информация, составляющая врачебную тайну.

Цели обработки персональных данных:

оказание мне первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

ведение медицинской документации (амбулаторная карта, талоны приёма, информированные согласия);

ведение учёта и отчётности в системе ОМС и ТФОМС;

обеспечение моей безопасности, контроль качества и безопасности медицинской деятельности;

информирование меня о результатах анализов, приглашения на приём, рассылка напоминаний (по телефону, SMS, e-mail);

внутренний аудит, статистическое наблюдение.

Перечень действий с персональными данными:

сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Перечень третьих лиц, которым могут быть переданы мои данные:

страховые медицинские организации (в рамках ОМС и ДМС);

Территориальный фонд ОМС;

Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ);

органы управления здравоохранением при проведении проверок и мониторинга;

медицинские организации в рамках медицинских консилиумов, маршрутизации пациентов и электронного взаимодействия (при наличии законных оснований).

Настоящее согласие действует с даты его подписания до даты отзыва в письменной форме. Отзыв согласия осуществляется путём подачи личного заявления главному врачу или уполномоченному лицу СПб ГБУЗ "Женская консультация №22".

Я проинформирован(а), что обработка моих персональных данных будет прекращена и данные уничтожены в срок не более 30 дней с момента получения отзыва, если иное не предусмотрено федеральным законом (в частности, для медицинской документации – срок хранения 25 лет).

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (расшифровка)