

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(-аяся):

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа-Югры "Няганская городская поликлиника" (далее-Оператор) моих персональных данных включающих: в том числе-фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, национальность, адрес, семейное положение, образование, профессия, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС(ДМС), 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 тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия(операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение(обновление, изменение), обновление, изменение, использование, распространение(в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки(реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных(документов) по ОМС(договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС(по договору ДМС) на обмен(прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС и другие органы власти и организации осуществляющие контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации 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(медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие 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.

Настоящее согласие дано мной:

_____ (Ф.И.О)

Подпись субъекта персональных данных:

_____ Дата:

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: город/поселок _____

Улица _____ Дом № _____ квартира № _____

обращаюсь в БУ "Няганская городская поликлиника" с целью получения амбулаторно-поликлинической помощи и добровольно даю свое согласие на опрос, в том числе выявление жалоб; осмотр, сбор анамнеза; осмотр в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, неинвазивные исследования органа слуха и слуховой функции, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирографию, пневмотахометрию, пикфлоуметрию, флюорографию и рентгенографию, ультразвуковые исследования.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а так же о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я ознакомлен(а) и согласен(согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в полном объеме.

Дата:

Подпись: _____