



**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**
(типовая форма утверждена Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 09.12.2019 № 1057)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: " ____ " _____ г.р., документ, удостоверяющий личность: _____

(наименование документа, удостоверяющего личность)

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку ООО «НИКОР-Н» имеющему лицензию на право осуществления медицинской деятельности № Л041-01137-77/00321329 от 12 апреля 2019 г., выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (далее - Оператор) моих персональных данных и персональных данных (заполняется в случае необходимости)

(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

« ____ » _____ г.р., паспорт (свидетельство о рождении) серия _____ номер _____
(нужное подчеркнуть)

выдан(о) _____
(кем и когда выдан)

Документ, подтверждающий полномочия представителя, (при необходимости) _____

(Наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

чьим законным представителем (матерью, отцом, опекуном, попечителем, др.) я являюсь,
(нужное подчеркнуть)

включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адреса места жительства и/или регистрации, контактные телефоны, электронные адреса, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные) в т.ч. **проведение фото- и видеосъемки в процессе нахождения и лечения у Оператора**) и данные о состоянии моего ребенка (опекаемого) при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами.

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

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и

(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования, ответов на обращения, иные уведомления).

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- работодатель _____
- супруг(а) _____
- родители _____
- дети _____
- иные лица _____

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

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания 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.

Подпись пациента/законного представителя пациента: _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: "___" _____ 20__ г.

Пациент подписался в моем присутствии: _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка с указанием должности)

Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано пациенту/его представителю вслух _____

подпись ФИО, должность

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента/его представителя в доступной для понимания форме. Заполнено в моем присутствии: _____

подпись ФИО, должность

Удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель)

подпись ФИО