



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«КОРЯЖЕМСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

П Р И К А З

от 19 апреля 2014 № 108

г.Коряжма Архангельской области

Об утверждении формы согласия
пациента на обработку его
персональных данных и порядка
ее использования в ГБУЗ АО
«Коряжемская городская больница»

В целях исполнения Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О
персональных данных»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму согласия пациента на обработку персональных данных в ГБУЗ АО «Коряжемская городская больница» (прилагается).
2. Утвердить порядок использования формы согласия пациента на обработку персональных данных в ГБУЗ АО «Коряжемская городская больница» (прилагается).

Главный врач

С. В. Хохлов

**Порядок использования
формы согласия пациента на обработку персональных данных
ГБУЗ АО «Коряжемская городская больница»**

1. Общие положения

1.1 Настоящий порядок использования формы согласия пациента на обработку персональных данных (далее по тексту - Порядок) разработан с целью организации работы с формой согласия пациента на обработку персональных данных (далее по тексту – форма согласия) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Архангельской области «Коряжемская городская больница» (далее по тексту - Учреждение).

1.2 Порядок разработан в соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

2. Порядок использования

2.1. В случае обращения в учреждение гражданина медицинский персонал обязан однократно получить согласие пациента на обработку персональных данных, для этого необходимо выполнить следующие действия:

1. медицинский персонал знакомит пациента с содержанием формы согласия;
2. пациент заполняет форму согласия (в случае отказа дать согласие на обработку персональных данных медицинский персонал обязан разъяснить последствия этого решения пациенту и получить письменный отказ);
3. медицинский персонал клеивает в медицинскую карту амбулаторного больного формы 025/у заполненную форму согласия.

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____, проживающий по адресу: _____, (Ф.И.О. полностью), паспорт _____, выдан _____, (серия и номер) _____, (дата и название выдавшего органа) _____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ АО "Коряжмская городская больница" (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), данные о состоянии моего здоровья, заболевания, 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, переданные 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 страховой медицинской организацией 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).
Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
Настоящее согласие дано мной _____ (дата) _____ 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.
Контактный телефон _____ Подпись субъекта персональных данных _____