

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных в ГБУЗ «ВФД г.Златоуст» (далее — Оператор):

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью),

проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации),  
паспорт \_\_\_\_\_

(серия и номер, выдан, 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 персональных данных **моих /лица, законным представителем которого я являюсь** (ненужное зачеркнуть)

Ф.И.О. ребенка (подопечного) \_\_\_\_\_

включая: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), 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 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, 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 страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС 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 составляет 3 (три ) года

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(е) телефон(ы) \_\_\_\_\_ и почтовый адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

## Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ «ВФД г.Златоуст»

Я,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:

1.Опрос; 2.Осмотр; 3.Антропометрические исследования; 4.Термометрия; 5.Тонометрия; 6.Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; 7.Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; 8.Исследование функций нервной системы; 9.Лабораторные методы обследования; 10.Функциональные методы обследования; 11.Физиотерапия; 12. Медицинский массаж; 13. Лечебная физкультура для получения первичной медико-санитарной помощи **мною/ лицом, законным представителем которого я являюсь** (ненужное зачеркнуть)

Ф.И.О.ребенка \_\_\_\_\_

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

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.

Сведения о выбранных мною **лицах, которым** в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" **может быть передана информация** о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, **законным представителем которого я являюсь** (ненужное зачеркнуть).

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата оформления)