

Письменное согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О полностью)
Зарегистрированный по адресу _____
Проживающий по адресу _____
Паспорт Серия _____ № _____ Дата выдачи _____ Кем выдан _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» и Закона от 02.07.1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», подтверждаю своё согласие на обработку Государственным казенным учреждением здравоохранения Ленинградский областной психоневрологический диспансер (далее - ГКУЗ ЛОПНД) и его подразделениям моих персональных данных, включающих: 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 ГКУЗ ЛОПНД и его подразделений мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ГКУЗ ЛОПНД и его подразделений, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ГКУЗ ЛОПНД и его подразделениям право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение ГКУЗ ЛОПНД и его подразделения вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договоров ДМС). Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пятьдесят лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия, за исключением случаев предусмотренных статьей №113 Федерального кодекса от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГКУЗ ЛОПНД и его подразделений по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ГКУЗ ЛОПНД и его подразделений.

Настоящие согласие дано мной « _____ » _____ 20 _____ года и действует бессрочно. Подпись пациента _____

Письменное согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О полностью)
Зарегистрированный по адресу _____
Проживающий по адресу _____
Паспорт Серия _____ № _____ Дата выдачи _____ Кем выдан _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» и Закона от 02.07.1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», подтверждаю своё согласие на обработку Государственным казенным учреждением здравоохранения Ленинградский областной психоневрологический диспансер (далее - ГКУЗ ЛОПНД) и его подразделениям моих персональных данных, включающих: 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 ГКУЗ ЛОПНД и его подразделений мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ГКУЗ ЛОПНД и его подразделений, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ГКУЗ ЛОПНД и его подразделениям право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение ГКУЗ ЛОПНД и его подразделения вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договоров ДМС). Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пятьдесят лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия, за исключением случаев предусмотренных статьей №113 Федерального кодекса от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГКУЗ ЛОПНД и его подразделений по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ГКУЗ ЛОПНД и его подразделений.

Настоящие согласие дано мной « _____ » _____ 20 _____ года и действует бессрочно. Подпись пациента _____