Приложение № 3
к приказу БУЗОО «ЦМР»
от «__» _____ 20__ года № ___

СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество Пациента)

года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, _____

(фамилия, имя, отчество законного представителя Пациента)

паспорт: _____ выдан: «__»_____20__ г. _____
_____ _____ года
рождения, проживающий(ая) по адресу:
_____

являюсь законным представителем (или представителем по доверенности № _____ от «__» _____ 20 __ г.) - _____

(матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента:

_____

(ребенка или лица, признанного недееспособным)

_____

(фамилия, имя, отчество Пациента)

года рождения, проживающего(ую) по адресу: _____

_____

в ***соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»*** свободно, своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого мной Пациента) даю согласие на обработку бюджетному учреждению здравоохранения Омской области «Центр медицинской реабилитации», 644045, г. Омск, ул. Блюхера, 18а, ИНН 5501102429 (далее - Оператор) своих персональных данных и персональных данных представляемого мной Пациента) в том числе, но не ограничиваясь фамилию, имя, отчество, номер основного документы удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), биометрические персональные данные, изображение гражданина, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в том числе в интересах обследования и лечения, предоставления по запросам правоохранительных органов.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договором с использование средств автоматизации или без использования таких средств.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

Настоящее согласие ***действует бессрочно.***

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною 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.

С целью: предоставления счетов на оплату по обязательному медицинскому страхованию, предоставления муниципальной услуги по льготному зубопротезированию, внесения в Федеральный регистр больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, выписки льготных лекарственных средств, контроля и учета выданных водительских справок, ведения регистра профессиональных

заболеваний, ведения регистра больных остро коронарным синдромом, для передачи БУЗОО «МИАЦ» в Управление Федеральной миграционной службы по Омской области (сведений о постановке на миграционный учет и снятии с миграционного учета иностранных граждан и лиц без гражданства по месту пребывания; сведения о регистрации и снятии с регистрационного учета граждан Российской Федерации по месту пребывания), направления БУЗОО «МИАЦ» данных Регионального регистра льготных категорий граждан Омской области в аптечные организации, осуществляющей отпуск лекарственных средств гражданам, для дальнейшего распространения по подведомственной аптечной сети – пунктам, направления БУЗОО «МИАЦ» данных на станцию скорой медицинской помощи, ведения электронной медицинской карты работниками БУЗОО «ЦМР».

На обработку персональных данных:

1. Для предоставления счетов на оплату по общему медицинскому страхованию (далее – ОМС), а именно: СНИЛС; Ф.И.О., пол, дата рождения, место рождения, тип документа удостоверяющего личность, серия и номер документа удостоверяющего личность (пациента и/или представителя пациента); тип документа, серия, номер подтверждающего факт страхования по ОМС, диагноз.

2. Для предоставления муниципальной услуги по льготному зубопротезированию, а именно: СНИЛС; код района; Ф.И.О.; пол; дата рождения; наименование документа удостоверяющего личность; серия, номер, дата выдачи документа удостоверяющего личность; адрес места жительства; наименование документа подтверждающего право на бесплатное предоставление стоматологических услуг; серия и номер документа подтверждающего право на бесплатное предоставление стоматологических услуг.

3. Для внесения в Федеральный регистр больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, а именно: Ф.И.О.; дата рождения; адрес проживания; СНИЛС; серия и номер документа удостоверяющего личность; код категории льготы; код категории заболевания (МКБ-10).

4. Для контроля и учета выданных водительских справок, а именно: серия медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами; номер медицинской справки; Ф.И.О.; пол пациента; дата рождения пациента; адрес места жительства пациента; дата создания медицинской справки; дата выдачи медицинской справки; срок действия медицинской справки; категория доступа к управлению транспортными средствами; серия, номер, дата выдачи и наименование органа выдавшего документ удостоверяющего личность; признак выдачи медицинской справки.

5. Для ведения регистра профессиональных заболеваний, а именно: Ф.И.О.; пол; дата рождения, адрес проживания (населенный пункт, улица, дом, квартира), место работы/учебы, участок, СНИЛС, должность/профессия, полис ОМС (серия, номер, дата выдачи), диагноз, контактный телефон (домашний, сотовый).

6. Для ведения регистра больных остро коронарным синдромом, а именно: Ф.И.О.; пол; дата рождения, адрес проживания, социальный статус; инвалидность; полис ОМС; код категории заболевания (МКБ-10); серия, номер, дата выдачи и наименование органа выдавшего документ удостоверяющего личность; ЛПУ по месту прикрепления; ЛПУ по месту обращения по ОКС, антиагреганты, варианты ОКС, обезболивание, исход.

7. Для передачи БУЗОО «МИАЦ» в Управление Федеральной миграционной службы по Омской области, а именно: данные гражданина (Ф.И.О., дата рождения, документ удостоверяющий личность (тип документа, серия, номер, гражданство, дата выдачи, срок действия), пол, место рождения (страна, город), информация о документе подтверждающем право на пребывание (проживание) в РФ (виза/разрешение на временное проживание/вид на жительство): номер, серия, дата выдачи и кем выдано.

8. Для направления БУЗОО «МИАЦ» данных на станцию скорой медицинской помощи: 10 последних поставленных диагнозов (наименование, МКБ-10, дата постановки диагноза), медицинская организация где поставлен диагноз (наименование, код).

9. Данных Регионального регистра льготных категорий граждан Омской области, а именно Ф.И.О., СНИЛС, код категории льготы, документ подтверждающий льготу (наименование, серия, номер, дата начала и окончания льготы, полис ОМС (серия, номер), дата рождения, серия, номер, дата выдачи и наименование органа выдавшего документ удостоверяющего личность, адрес места регистрации (регион, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира);

10. Данные из электронной медицинской карты, а именно Ф. И. О., пол, адрес регистрации, адрес проживания, место рождения, дата рождения, возраст, признак народа севера, СНИЛС, медицинский полис (страховая медицинская организация (далее – СМО), предприятие страхователя, серия и номер, дата начала и окончания полиса, является ли инотерриториальная СМО), место работы, должность, группа крови, резус фактор, контактные данные (мобильный телефон, рабочий телефон, электронная почта), социальная группа (иждивенец, инвалидность), категория льготности, социальный статус (работающий, военнослужащий, дошкольник, школьник), медицинская карта амбулаторного пациента (дата создания, автор создавший, медицинская история, непереносимость лекарственных средств, диагноз, исход заболевания,), ребенок по счету, информация о диспансеризации (постановка, снятие), информация о талоне амбулаторного пациента (дата открытия, автор создания, Ф.И.О. и должность врача ведущего прием,), информация о листе нетрудоспособности (дата открытия и закрытия, автор создавший, причина выдачи), наименование медицинской организации, направившей на лечение).

Обработка персональных данных поручается бюджетному учреждению здравоохранения Омской области «Медицинский информационно-аналитический центр» по адресу 644021, Омская обл., г. Омск, ул. 8-я Линия, д. 219А, ИНН: 5503076943.

Контактный телефон(ы)_____

Подпись Пациента, законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель), представитель по доверенности на обработку персональных данных _____ _____

(подпись) (Ф.И.О.)