

## **Информированное добровольное согласие пациента на обработку своих персональных данных**

Я, [REDACTED]

проживающий(ая) по адресу: [REDACTED]  
находясь на лечении (обследовании) в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Челябинск),  
расположенному по адресу: 454003, г. Челябинск, пр. Героя России Родионова Е.Н., 2, даю  
согласие на обработку своих персональных данных: Ф.И.О., дата и год рождения, адрес  
проживания, сведения об образовании, профессии, месте работы или учебы, полис ОМС,  
сведения о состоянии здоровья, телефон, сведения о составе семьи, сведения о  
перенесенных заболеваниях (мои и моих родственников), о результатах проведенного  
обследования и лечения, также иных сведений, необходимых для установления диагноза,  
обследования и лечения.

Мои персональные данные содержатся:

- в документе, удостоверяющем мою личность (паспорт);
- в полисе ОМС;
- в моей медицинской документации; амбулаторная карта, история болезни, (родов, развития ребенка), выписки из них, результаты проведенного обследования и лечения и т.д.;
- в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования ( для пациентов, пользующихся льготами, при прохождении ДД и т.д);
- в справке МСЭ о наличии группы инвалидности;
- в иной информации, сообщенной мною лечащему врачу.

Мои персональные данные могут быть использованы в следующих целях:

- для проведения профилактических мероприятий, в т.ч. и для решения вопроса о направлении на вакцинацию;
- для установления диагноза и организации лечебного процесса;
- для решения экспертных вопросов (определения временной нетрудоспособности и ее сроков, направление на МСЭ, на судебно-медицинскую экспертизу и т. д.);
- для проведения научных исследований;
- для публикаций в научной литературе (в обезличенном виде, т.е. без указания моих ф.и.о.);
- в учебном процессе.

Мои персональные данные могут быть переданы другим, помимо лечащего врача, медицинским работникам в интересах моего обследования, лечения, решения экспертных вопросов, в т.ч. для проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи.

Передача моих персональных данных, третьим лицам, в т.ч. моим родственникам, допускается только с моего письменного согласия или письменного согласия моего законного представителя.

Предоставление моих персональных данных третьим лицам без моего согласия, или без согласия моего законного представителя допускается:

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- при наличии оснований, позволяющих полагать что вред моему здоровью причинен в результате противоправных действий;
- в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Правительством РФ;
- для информирования моих родителей или моего законного представителя о моем нахождении в лечебном учреждении (для пациентов в возрасте до 15 лет);

· по письменному запросу органов дознания, следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.

Обработка персональных данных будет производиться на бумажных и электронных носителях.

Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006г.).

Настоящее согласие дается до утраты правовых оснований обработки соответствующей информации или документов содержащих вышеуказанную информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации, после чего персональные данные передаются в архив.

Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления в адрес ФГБУ «ФЦССХ» по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ФГБУ «ФЦССХ», после чего ФГБУ «ФЦССХ» обязуется в течение 30 (Тридцати) дней уничтожить персональные данные Субъекта, либо передать в архив.

И подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_