

ИНФОРМАЦИЯ

о даче (подписании) согласия на обработку персональных данных при получении медицинских услуг.

ОГАУЗ «Вяземская городская стоматологическая поликлиника» при оказании медицинской помощи (услуг) в соответствии с лицензией, осуществляет обработку и хранение персональных данных пациентов в информационной системе учреждения в соответствии с требованиями Федерального закона РФ от 27.06.2006г №152-ФЗ «О персональных данных», которым установлено, что персональные данные - это любая информация, относящаяся прямо или косвенно к определенному физическому лицу.

В лечебных кабинетах учреждения Вам предложат заполнить бланк «Согласие на обработку персональных данных», который мы просим Вас заполнить.

Персональными данными является информация, относящаяся к определенному на основании такой информации физическому лицу:

- персональные данные - фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты (по желанию), паспортные данные, медицинский полис (при наличии);

- специальные данные о здоровье пациента - вся информация, касающаяся здоровья, предоставленного лечения, включая информацию о самом факте обращения в медицинскую организацию,

- биометрические данные - любая информация о физиологических и биологических особенностях человека, на основании которых можно установить его личность (слепки зубов, рентгеновские снимки, результаты выполненных других медицинских исследований, фотографии и пр.)

Персональные данные пациентов используются учреждением для осуществления следующих мероприятий:

- постановка на учет в наше учреждение;

- обеспечение лечебно-профилактических и диагностических мероприятий;

- с целью своевременного информирования о предстоящих мероприятиях (сообщение информации, изменения в режиме работы учреждения, время приема и т.д.);

- в целях обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в российской Федерации» (без предоставления страховым компаниям специальных персональных данных о здоровье пациента, невозможно осуществление контроля качества оказанных ему медицинских услуг в том числе и для проведения медико-экономической экспертизы, необходимой для принятия решения об оплате оказанных медицинских услуг.

Учреждение осуществляет обработку персональных данных о состоянии здоровья пациентов в целях оказания медицинских услуг, установления медицинского диагноза при этом обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской

Федерации сохранять врачебную тайну (Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»), а также исполнение обязательств организации перед пациентом по договору с ним и поддержания связи с пациентом в случае необходимости.

Персональные данные пациентов учреждение получает только лично от самого пациента или от его законного представителя. Персональные данные пациента (в том числе результаты исследований) могут быть предоставлены родственникам или членам его семьи только с письменного разрешения самого пациента, за исключением случаев, когда передача персональных данных без его согласия допускается действующим законодательством РФ. В качестве такого разрешения могут выступать:

- нотариально заверенная доверенность;
- собственноручно написанная пациентом доверенность в присутствии сотрудника учреждения, компании и им заверенная.

Законным представителем пациента может быть:

- лицо, выступающее на основании доверенности (с указанием полномочий на получение медицинской документации), удостоверенной в установленном порядке;
- опекун, попечитель с представлением подтверждающего документа;
- родитель несовершеннолетнего до 18 лет ребенка

Персональные данные обрабатываются как в электронных системах, так и на бумажных носителях (медицинская карта стоматологического больного, прочая медицинская документация).

При отказе пациента предоставить письменное согласие на обработку его персональных данных, в ОГАУЗ «Вяземская городская стоматологическая поликлиника» сможет быть осуществлена только разовая медицинская помощь, так как информация о пациенте в учреждении храниться не будет и постановка на учет невозможна.

В соответствии с действующим законодательством РФ согласия на обработку персональных данных не требуется в следующих случаях:

- обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных, если получение согласия субъекта персональных данных невозможно;
- обработка персональных данных осуществляется в целях исполнения договора с юридическим лицом, одной из сторон которого является субъект персональных данных;
- обработка персональных данных осуществляется для статистических или иных научных целей при условии обязательного обезличивания персональных данных;
- обработка персональных данных осуществляется на основании федерального закона, устанавливающего ее цель, условия получения персональных данных и круг субъектов, персональные данные которых подлежат обработке, а также определяющего полномочия операторов.

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид документа)
выдан _____
(кем, когда)
зарегистрированный (ая) по адресу:

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие

_____ (наименование учреждения здравоохранения)
зарегистрированному по
адресу: _____

на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передачу ,обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) своих персональных данных, а именно:

- 1 фамилия, имя, отчество;
- 2 пол;
- 3 дата рождения;
- 4 данные документа, удостоверяющего личность;
- 5 место регистрации и место жительства;
- 6 контактный (е) телефон (ы);
- 7 реквизиты полиса ОМС (ДМС);
- 8 страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
- 9 данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, объемах и сроках оказания медицинской помощи.

Учреждение здравоохранения осуществляет обработку моих персональных данных исключительно во исполнении своих обязательств в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в медико-профилактических целях, во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС и перед контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики, бюро медикосоциальной экспертизы).

Настоящее согласие дано мною « ____ » _____ 20__ г.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение учреждением здравоохранения моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных несовершеннолетнего пациента

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя пациента)
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид документа)

выдан _____
(кем, когда)

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

являясь законным представителем несовершеннолетнего _____

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)
на основании ст. 64 Семейного кодекса РФ и в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие

_____ (наименование учреждения здравоохранения)
зарегистрированному по адресу: _____
на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передачу ,обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) своих персональных данных, а именно:

- 1 фамилия, имя, отчество;
- 2 пол;
- 3 дата рождения;
- 4 данные документа, удостоверяющего личность;
- 5 место регистрации и место жительства;
- 6 контактный (е) телефон (ы);
- 7 реквизиты полиса ОМС (ДМС);
- 8 страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
- 9 данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, объемах и сроках оказания медицинской помощи.

Учреждение здравоохранения осуществляет обработку моих персональных данных исключительно во исполнении своих обязательств в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в медико-профилактических целях, во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС и перед контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики, бюро медикосоциальной экспертизы).

Настоящее согласие дано мною « _____ » _____ 20__ г.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение учреждением здравоохранения моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

(подпись)

(расшифровка)