

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных пациента**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(вид документа)  
выдан \_\_\_\_\_  
(кем и 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, уничтожение, 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. Контактные телефоны;
7. Реквизиты медицинского 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 исполнении своих обязательств по работе в системе ОМС и перед контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики, бюро медико-социальной экспертизы).

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)