



Комитет здравоохранения Курской области  
Областное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Курская клиническая психиатрическая больница имени святого  
великомученика и целителя Пантелеимона»  
(ОБУЗ ККПБ)

**П Р И К А З**

№ 99

от 27.03.2018

**Об утверждении формы согласия пациента на  
обработку персональных данных**

В соответствии со статьей 9 Федерального Закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Гражданским кодексом Российской Федерации, Уставом ОБУЗ ККПБ,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемую форму согласия пациента на обработку персональных данных.
2. Ответственному за ведение официального сайта ОБУЗ ККПБ (Леонидову В.А.) разместить данный приказ и форму согласия пациента на обработку персональных данных на официальном сайте лечебного учреждения в сети «Интернет».
3. Заведующему диспансерным отделением ОБУЗ ККПБ (Рошину Ю.В.):
  - обеспечить размещение данного приказа на информационном стенде первого этажа здания диспансерного отделения для беспрепятственного ознакомления с ним гражданами;
  - обеспечить использование формы, утвержденной п. 1 настоящего приказа при оказании платных медицинских услуг.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.
5. Приказ вступает в силу со дня его подписания.

Главный врач

В.А. Роцин

СОГЛАСИЕ  
пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (ая) \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_ (основной документ удостоверяющий личность, его серия и номер, сведения о выдавшем органе, дата выдачи)

зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес места регистрации или временного пребывания)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», в том числе, всеми его структурными подразделениями, отделениями, отделами, стационаром (далее - Оператор) моих персональных данных и принимаю решение об их предоставлении с целью оказания мне медицинской помощи, в следующем объеме:

фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, пол, национальность, адрес, сведения о документе удостоверяющем личность, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, контактные 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 медицинской помощи и иными персональными данными необходимыми мне для оказания медицинской помощи, в том числе, сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, в процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение, снятие блокирования автоматизированным, исключительно автоматизированным способами или без использования средств автоматизации в информационных системах персональных данных Оператора. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми медицинскими организациями Курской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Курской области и другими органами власти и организациями осуществляющими контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Соглашаюсь с тем, что срок хранения моих персональных данных будет соответствовать сроку хранения первичных медицинских документов, либо будет осуществляться до момента ликвидации Оператора, или до момента отзыва мной данного согласия, в соответствии с тем, какой из указанных событий наступит ранее.

В случае необходимости отзыв данного мной согласия будет осуществляться посредством составления соответствующего письменного документа, который будет направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо будет вручен лично под расписку представителю Оператора.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением того, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата заполнения)

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_