

ООО «Лечебно-диагностический центр "Азия"»

Ниже — форма согласия, которую пациент (или его законный представитель) подписывает при первом посещении центра «Азия» через медицинскую информационную систему.

Согласие на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента

Я, [ФИО], проживающий(ая) по адресу: [адрес регистрации], паспорт: серия [серия] номер [номер], выдан [кем и когда], в соответствии с требованиями ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях ведения медицинского учёта подтверждаю своё согласие ООО «Лечебно-диагностический центр "Азия"» (далее — Оператор), расположенному по адресу: 636460, Томская обл., Колпашевский р-н, г. Колпашево, ул. Ленина, 49/1, и представителям Оператора на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан), адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания (почтовый адрес, улица, дом), контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о месте работы или учёбы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- Обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом.
- Обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).
- Во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС — обмен (приём и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
- Обмен (приём и передачу) моими персональными данными с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики), во исполнение обязательств по трудовому договору, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
- Передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе с использованием бумажных и машинных носителей, по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Оператора, включённых в соответствующий перечень, в

том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

- Обрабатывать персональные данные в объёме, необходимом для выполнения медицинской организацией обязанности, предусмотренной п. 16 ст. 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно: осуществлять выгрузку персональных данных и сведений о состоянии здоровья в ЕГИСЗ при помощи медицинской информационной системы «МедЛок», принадлежащей ООО «Медрейтинг» (ИНН 2311144947).

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

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился(ась) с Политикой в отношении обработки персональных данных ООО «Лечебно-диагностический центр "Азия"».

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределённого срока.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором письменного уведомления пациента об отзыве согласия на обработку его персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных / расшифровка подписи

Если согласие даёт законный представитель несовершеннолетнего или недееспособного пациента — в форме дополнительно указываются его ФИО и документ, подтверждающий полномочия представителя, а также ФИО и дата рождения пациента.