

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

(наименование медицинского учреждения, ИНН, ОГРН, адрес)

«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №15 ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ГОРОДА МОСКВЫ»

ОГРН 1037739285935 127422, г. Москва, ул. Всеволода Вишневского, д. 4А Телефон/факс 8(499)976-43-10

СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО
НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,
ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Дата рождения: « ____ » _____ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: _____

, фактически проживающий(ая)

(адрес регистрации по месту жительства)

по адресу: _____

(адрес проживания)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер,

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

СНИЛС _____, действующий(ая) в интересах

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

несовершеннолетнего _____

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)

свидетельство о рождении (паспорт) _____

(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи о выдавшем его органе)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку ГБУЗ «ДГП №15 ДЗМ»

(наименование медицинской организации)

_____, расположенного(ой) по адресу(ам): ул. Всеволода Вишневского, д. 4А

(адрес организации)

(далее Оператор) персональных данных несовершеннолетнего, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефона, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные моего ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а так же сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС)

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональных данных со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- Работодатель _____
- Супруг(а) _____
- Мать _____
- Отец _____
- Сын _____
- Дочь _____
- Иные лица _____
- _____

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

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись законного представителя: _____ / _____ Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.
(подпись) (расшифровка)

Законный представитель подписался в моем присутствии _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка с указанием должности)

Заполняется, если законный представитель не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано законному представителю вслух _____

(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до законного представителя в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем присутствии: _____ / _____
Подпись Ф.И.О., должность

удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

Подпись

ФИО, должность

Заполняется, если законный представитель по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения _____

(указать в чем состоит тяжесть)

Не может прочесть и подписать данное согласие.

Решение о общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) – пункты 9.10 статьи 20 ФЗ-323 от 21 ноября 2011 года

Врач _____
(наименование организации)

Подпись

ФИО

Врач _____
(наименование организации)

Подпись

ФИО

Врач отделения _____
(наименование организации)

Подпись

ФИО