

Типовая форма
информированного согласия пациента на обработку и передачу его
персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну

филиал «Родильный дом №1» ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»

СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА 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:

_____ ,
(адрес регистрации по месту жительства)

фактически проживающий(ая) по адресу: _____

(адрес проживания)

_____ документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер,

_____ сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

СНИЛС _____

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС) в соответствии с требованиями [статьи 9](#) Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ и Федеральным [законом](#) от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку филиал «Родильный дом №1» ГБУЗ «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ», расположенного(ой) по адресу(ам): Москва, улица Вилиса Лациса, дом 4, (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также 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) моими персональными данными 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 их 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 мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- работодатель _____
- супруг(а) _____
- мать _____
- отец _____
- сын _____
- дочь _____
- иные лица _____

Передача моих персональных данных 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 пациента/законного представителя пациента: _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: " ____ " _____ 20__ г.

Пациент подписался в моем присутствии: _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка с указанием должности)

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

Информированное согласие прочитано пациенту вслух _____
(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме. Заполнено в моем присутствии:

_____,
подпись ФИО, должность
Удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

_____,
подпись ФИО, должность

Заполняется, если пациент 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](#) N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.

Врач _____
(наименование организации)

подпись ФИО

Врач _____
(наименование организации)

подпись ФИО

Врач отделения _____
(наименование организации)

подпись ФИО