

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ  
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, А ТАКЖЕ НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ  
СПЕЦИАЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_  
(ФИО, полностью)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (кем и когда выдан)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_ электронная почта: \_\_\_\_\_

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией государственной системы здравоохранения Московской области

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических услуг, социальных услуг, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных государственной информационной системы «Единая медицинская информационно-аналитическая система Московской области» (далее - ЕМИАС Московской области), включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между ЕМИАС Московской области и Порталом государственных и муниципальных услуг (функций) Московской области, главным управлением ЗАГС Московской области, территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией, Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), единой автоматизированной информационной системой «Социальная защита и социальное обслуживание населения Московской области» (ЕАИС СОЦ), федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования).

Я разрешаю / не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам<sup>1</sup>:

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

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

Подпись субъекта

персональных данных \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(подпись) (расшифровка) (дата)

<sup>1</sup> Заполняется по желанию субъекта персональных данных