

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____ кем _____

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края "Городская поликлиника № 4" города Ставрополя (далее - Оператор) моих персональных данных, моего несовершеннолетнего ребёнка, законным представителем, которого я являюсь _____

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, место жительства, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС(ДМС), данные о состоянии моего здоровья (анамнез), заболеваниях, случаях обращения за психиатрической помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным, в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (моему сыну, дочери, в возрасте до 15 лет, моему подопечному) 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 (обследования и лечения моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку.

Контактный(е) телефон(ы) _____

Почтовый адрес проживания _____

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно. _____

(дата)

(подпись)

Согласие получено _____

(дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации _____

(Фамилия, имя, отчество, подпись)

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____ кем _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи мне, получения первичной медико-санитарной помощи

_____ (фамилия, имя, отчество ребёнка, дата рождения)

законным представителем которого я являюсь в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края "Городская поликлиника № 4" города Ставрополя.

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или законного лица, представителем которого я являюсь

_____ (дата)

_____ (ФИО гражданина или законного представителя)

_____ (подпись)

_____ (телефон)

Главному врачу
ГБУЗ СК «ГП № 4» г.Ставрополя
М.А. Ашихминой

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента или законного представителя в отношении лица не достигшего возраста пятнадцати лет, несовершеннолетнего в возрасте старше пятнадцати лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте старше шестнадцати лет признанного в установленном законом порядке недееспособным)

дата рождения _____, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть)
(число, месяц, год)

прошу прикрепить меня/ моего ребенка (нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента _____

Возраст пациента _____ Дата рождения _____

для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ СК «ГП № 4» г. Ставрополя.

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N _____,
выдан страховой медицинской организацией _____, "___" _____ г.
(наименование страховой компании)

Домашний адрес: _____

(по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть))

Место регистрации: _____ дата регистрации _____

Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт: серия _____ N _____, _____
выдан "___" _____ г.

(наименование органа, выдавшего документ)

Свидетельство о рождении: серия _____ N _____, _____
выдан "___" _____ г.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и даю согласие на использование моих/моего ребенка (нужное подчеркнуть) персональных данных при их сборе, обработке и хранении в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

"___" _____ 20__ года Личная подпись _____ (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "___" _____ 20__ года _____:

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА: Прикрепить с "___" _____ 20__ года Участок N ____ Врач - _____
Отказать в прикреплении в связи _____

"___" _____ 20__ года

Ашихмина М.А. _____
подпись, М.П.