

**Согласие пациента на обработку персональных данных
(для лиц в возрасте от 14 до 18 лет)**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____. _____. _____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____

выдан _____

(название выдавшего органа, дата выдачи)

с согласия своего законного представителя

(Ф.И.О. представителя полностью)

_____. _____. _____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____

выдан _____

(название выдавшего органа, дата выдачи)

в соответствии с требованиями статей 9, 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях проведения экспертизы профессиональной пригодности, диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с профессиональными заболеваниями; организации и оказания медицинской помощи; проведения медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, даю свое согласие автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Центр профессиональной патологии», расположенному по адресу: 628011, ХМАО – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73 (далее - Оператор), на:

– обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), включающих: фамилию, имя, отчество; дату и место рождения; пол; адрес места жительства; адрес прописки; контактный телефон; адрес электронной почты; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты полиса ОМС (ДМС); сведения о месте работы или учёбы; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); сведения о выписанных лекарственных средствах; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;

– получение мной информации по каналам связи (SMS-рассылка);

– фото, аудио и видеофиксацию на территории Оператора;

– поручение обработки моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), указанных в настоящем Согласии:

○ бюджетному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр», расположенному по адресу: 628007, Ханты-Мансийский Автономный округ – Югра, город Ханты-Мансийск, ул. Студенческая, д.15 к. а, в целях формирования единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения;

○ автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», расположенной по адресу: 628011, Российская

Федерация, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 73, в целях формирования единого банка данных медицинских осмотров, медицинских экспертиз и медицинских освидетельствований.

Оператор гарантирует соблюдение вышеуказанными организациями, которым поручена обработка персональных данных, требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иных нормативных документов в области защиты информации и персональных данных.

Согласно приказа Минздрава России от 18.02.2022 № 90н «Об утверждении формы, порядка ведения отчетности, учета и выдачи работникам личных медицинских книжек, в том числе в форме электронного документа», в случае, если я, _____ (ФИО) являюсь работником отдельных профессий, производств и организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения даю согласие на передачу посредством Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в подсистему электронных личных медицинских книжек (ЭЛМК) сведений медицинского характера:

- сведения о датах и наименованиях проведенных лабораторных и инструментальных обследований с указанием результатов таких обследований;
- сведения о датах и фактах проведенных врачами-специалистами осмотров и кратких заключениях по их результатам;
- сведения о вакцинации и ревакцинации с указанием наименований профилактических прививок и дат их проведения;
- сведения о датах перенесенных инфекционных заболеваний с указанием заболевания;
- сведения о заключениях по результатам проведенных предварительных или периодических медицинских осмотров, датах и месте их проведения, полученные при проведении работнику предварительного (при поступлении на работу) и (или) периодического медицинского осмотра.

« _____ » _____ 20__ г.
(дата)

(подпись)

| |
|---|
| <p><i>Этот раздел бланка заполняется только в случае обращения по направлению от организации</i></p> <p>Даю согласие на передачу моих персональных данных работодателю</p> <p>_____ (название организации - работодателя)</p> <p>расположенному по адресу:</p> <p>_____ (юридический адрес организации)</p> <p>а именно: сведений о состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну, в том числе и о результатах ультразвукового обследования, осмотра врача-кардиолога и данных Шкалы SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation - – шкалы для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания).</p> <p>Цель обработки персональных данных работодателем: осуществление медицинского сопровождения Субъекта персональных данных, состоящего в трудовых отношениях с работодателем; получение оперативной информации о необходимости защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов Субъекта персональных данных, в том числе содействие в организации оказания медицинской помощи и реабилитации.</p> |
|---|

Я информирован(а), что Оператор гарантирует обработку фото, аудио и видеоматериалов в соответствии с интересами Оператора и с действующим законодательством Российской Федерации.

В процессе деятельности Оператора я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными (персональными данными представляемого мною лица):

– обработка (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, удаление) моих персональных

