





# СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_, адрес \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 132-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детский Санаторий №2 г. Челябинск»

Адрес места нахождения: 454047, г. Челябинск, ул. Мира, 34 и 1-го Спутника, 13

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты

полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г.

Заказчик \_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, для получения платных медицинских услуг в ГБУЗ «Детский Санаторий №2 г. Челябинск» в педиатрическом отделении № 1

Я, Ф.И.О. Пациента либо гражданина, одного из родителей, иного законного представителя ребенка \_\_\_\_\_, « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств:

1. Медицинский массаж (исполнитель мед.сестра по массажу - Розгон И.П., Петраш К.А., соисполнитель врач-педиатр - Соняк О.А., Подгорбунских Г.Ф.)
2. Кислородный коктейль (исполнитель мед.сестра палатная - Калина И.В., Никулина Т.В., Бородулина К.В., Сидорчук Н.В., соисполнитель врач-педиатр - Соняк О.А., Подгорбунских Г.Ф.)
3. Физиотерапевтические процедуры (исполнитель мед.сестра по физиотерапии - Каримова В.С., Лескина С.И., Стерликова О.И., соисполнитель врач-физиотерапевт - Сагоконь Е.А., врач-педиатр - Соняк О.А., Подгорбунских Г.Ф.)

при оказании мне/моему ребенку \_\_\_\_\_ я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах оказания медицинской помощи, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать \_\_\_\_\_ лицу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О. представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись Ф.И.О. медработника)

1. Закон №2300-1 от 07.02.1992г. «О защите прав потребителей»
2. Закон №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие»