**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, нижеподписавшийся |  |

|  |  |
| --- | --- |
| проживающий по адресу |  |

|  |  |
| --- | --- |
| документ |  |

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 443079, г. Самара, пр. Карла Маркса, 165б (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, 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, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязательным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я представляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование. Обезличивание, блокирование, уничтожение, распространение в соответствии с законодательством РФ. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС или ПМУ).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС или ПМУ) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со следующими организациями: страховыми медицинскими организациями Самарской области, территориальным фондом ОМС Самарской области, вышестоящими органами управления здравоохранением и контролирующими органами, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием, обработка будут осуществляться с соблюдением всех требований по обеспечению конфиденциальности и безопасности персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной 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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

|  |  |
| --- | --- |
| Контактные телефоны |  |
| Подпись |  |

**Отправить на печать**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение № 2к приказу Министерства здравоохранения РФот 20 декабря 2012 г. N 1177н |

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| Я,  |  |
| (Ф.И.О. гражданина) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| дата рождения: |  | зарегистрированный по адресу: |  |
|  |
| (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) |
| при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в |
| **Клиники федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации** |
| (полное наименование медицинской организации) |

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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

|  |
| --- |
|  |
| (полное наименование вида медицинского вмешательства) |

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинским работником |  |
|   | (должность, Ф.И.О. медицинского работника) |

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 его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

|  |
| --- |
|  |
| (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |  |
| (подпись) |   | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |
|   |   |   |
| (подпись) |   | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| (дата оформления) |   |