

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 40 КУРОРТНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО РАЙОНА»  
(СПБ ГУЗ «Городская больница № 40»)

«25» 06 2010 г.

ПРИКАЗ № 346-а

Санкт-Петербург

Об утверждении формы «согласия пациентов»  
на обработку персональных данных в  
СПБ ГУЗ «Городская больница №40  
Курортного административного района»

Во исполнение требований Федерального закона "О персональных данных" N 152-ФЗ от 27.07.2006;

"Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" N 5487-1 от 22.07.1993;

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить типовую форму "согласия" пациентов на обработку персональных данных согласно приложению .
2. Организовать обязательный сбор согласий пациентов на обработку персональных данных.
3. Назначить ответственных – руководителей структурных подразделений, где производится сбор персональных данных.
4. Контроль за исполнением возложить на Лисовца Д.Г.

Главный врач



С.Г. Щербак

Приложение

УТВЕРЖДЕНО

Приказом  
СПБ ГУЗ «Городская больница №40»  
от «25» 06 2010 г.  
№ 346-а

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных пациентов**

Я, нижеподписавшийся < \_\_\_\_\_ >, проживающий по адресу < \_\_\_\_\_ >, паспорт < \_\_\_\_\_ >, выдан < \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ >, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку СПБ ГУЗ «Городская Больница №40» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), 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 обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. 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).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной < \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ года > и действует бессрочно.

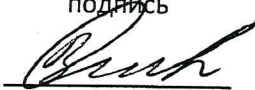



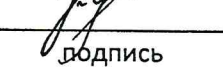
Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

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.

Контактный телефон(ы) < \_\_\_\_\_ > субъекта персональных данных  
Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

## СОГЛАСОВАНО

<u>Лисовец Д.Г.</u>	_____	_____
	подпись	дата
<u>Сенина В.П.</u>		_____
	подпись	дата
<u>Лаптев В.В.</u>		_____
	подпись	дата
<u>Земляченко Н.О.</u>		_____
	подпись	дата
<u>Фокин С.А.</u>		_____
	подпись	дата
<u>Кананухин А.А.</u>		_____
	подпись	дата