

**Согласие пациента (или законного представителя) на обработку\* персональных данных**

Я, нижеподписавшийся ИВАНОВА МАРИЯ ИВАНОВНА  
 (ФИО полностью)  
 зарегистрированный по адресу: КАЗАНЬ УЛ. ШМИДТА, 30-1  
 проживающий по адресу: КАЗАНЬ УЛ. ШМИДТА, 30-1  
 документ, удостоверяющий личность ПАСПОРТ серия IV-КБ номер 111111  
 выдан ЗАХИТ. УВД г. КАЗАНИ  
 (дата и название выдавшего органа)

являясь \_\_\_\_\_  
 (указать законное основание для представительства интересов ребенка: отцом, матерью, опекуном, попечителем, иные основания)  
ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ  
 (Ф.И.О. ребенка полностью)  
 зарегистрированного(ой) по адресу: КАЗАНЬ УЛ. ШМИДТА, 30-1  
 проживающего(ей) по адресу: КАЗАНЬ УЛ. ШМИДТА, 30-1  
 документ, удостоверяющий личность СВ-ВО О РОЖ. серия IV-КБ номер 111111 ДАТА ВЫДАЧИ,  
 выдан КЕМ ВЫДАН.  
 (дата и название выдавшего органа)

подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 2», расположенному по адресу: 420097, Российская Федерация, Республика Татарстан, г.Казань, ул.Шмидта, дом 30, моих персональных данных (персональных данных представляемого мною пациента), содержащих следующую информацию обо мне и моем ребенке (представляемого мною пациента): фамилию, имя, отчество; паспортные данные; дата, место рождения; пол; адрес места жительства (по паспорту, фактический); контактный номер телефона; семейное, социальное положение; место работы (учебы); должность (профессия); сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы); сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах); сведения о праве на льготу и льготное лекарственное обеспечение; сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении; сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования; сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС).

**Цель обработки персональных данных:** в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить врачебную тайну в соответствии с законодательством РФ в области персональных данных.

Законодательство РФ в области персональных данных основывается на Конституции РФ и международных договорах РФ и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных ФЗ.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в непредусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие законного представителя ребенка в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных моего ребенка или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 2» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 2», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« \_\_\_\_\_ » 201 \_\_\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_ / (расшифровка подписи)

Приложение № 2 к приказу МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. № 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, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
 (Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
 (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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 РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 2» (полное наименование медицинской организации)

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 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 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 РФ" 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: « \_\_\_\_\_ » 201 \_\_\_\_\_ г.