

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

На территории Российской Федерации осуществляется государственное регулирование в области обеспечения безопасности персональных данных (далее – ПДн). Правовое регулирование вопросов обработки ПДн осуществляется в соответствии с Конституцией Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации, на основании вступившего в силу с 2007 года Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и принятых во исполнение его положений, нормативно-правовых актов и методических документов.

Персональными данными является информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). В том числе: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы и другая информация. Персональные данные обрабатываются как в электронных системах, так и на бумажных носителях (амбулаторная, стационарная карты пациента).

В связи с действующим законодательством учреждения здравоохранения, являющиеся операторами, обрабатывающими персональные данные должны осуществлять обработку персональных данных с письменного согласия субъектов персональных данных (либо опекунов при недееспособности граждан).

Персональные данные пациентов используются учреждениями здравоохранения для осуществления следующих мероприятий:

1. Постановка на учет в учреждение здравоохранение;
2. Обеспечение проведения профилактических мероприятий: дополнительная диспансеризация, проведение мероприятий по вакцинопрофилактике, флюорографическому осмотру, осуществление планового наблюдения специалистом;
3. С целью своевременного информирования о предстоящих мероприятиях индивидуального характера (направление на плановую госпитализацию, проведение периодических осмотров, проведение акций).

При отказе пациента предоставить письменное согласие на обработку его персональных данных, лечебно-профилактическим учреждением может быть осуществлена только разовая экстренная медицинская помощь, т.к. информации о пациенте в учреждении не будет.

В соответствии с действующим законодательством РФ согласия на обработку персональных данных не требуется в следующих случаях:

1. обработка персональных данных осуществляется на основании федерального закона, устанавливающего ее цель, условия получения персональных данных и круг субъектов, персональные данные которых подлежат обработке, а также определяющего полномочия оператора;
2. обработка персональных данных осуществляется в целях исполнения договора, одной из сторон которого является субъект персональных данных;
3. обработка персональных данных осуществляется для статистических или иных научных целей при условии обязательного обезличивания персональных данных;
4. обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных, если получение согласия субъекта персональных данных невозможно;
5. обработка персональных данных необходима для доставки почтовых отправлений организациями почтовой связи, для осуществления операторами электросвязи расчетов с пользователями услуг связи за оказанные услуги связи, а также для рассмотрения претензий пользователей услугамисвязи;
6. обработка персональных данных осуществляется в целях профессиональной деятельности журналиста либо в целях научной, литературной или иной творческой деятельности при условии, что при этом не нарушаются права и свободы субъекта персональных данных
7. осуществляется обработка персональных данных, подлежащих опубликованию в соответствии с федеральными законами, в том числе персональных данных лиц, замещающих государственные должности, должности государственной гражданской службы, персональных данных кандидатов на выборные государственные или муниципальные должности.

[Образец письменного согласия](#)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _Ф.И.О. полностью_, проживающий по адресу _по месту регистрации_, паспорт _серия и номер_, выдан _дата_ _название выдавшего органа_, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку _название и адрес медицинского учреждения_ (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 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 _название_ [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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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 _ дата_ 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) _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____