

Согласие пациента на обработку персональных данных

(полное наименование медицинской организации, запрашивающей консультацию, юридический адрес, регистрационный номер в реестре операторов) Я, _____

(Ф.И.О. полностью) _____

Проживающий(ая) по адресу: _____

(место регистрации) _____

Паспорт: серия _____ номер _____
выдан _____

дата выдачи: _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне медицинской помощи, в том числе проведения врачебной консультации или дистанционного консилиума врачей, при проведении лабораторных и инструментальных диагностических исследований с использованием телемедицинских технологий подтверждаю свое согласие на обработку

(полное наименование медицинской организации, запрашивающей консультацию) (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства и адрес для корреспонденции, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном Фонде России (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, сведения, полученные по результатам проведения лабораторных и инструментальных диагностических исследований с применением телемедицинских технологий, назначенном и проведенном лечении, данные рекомендации и биометрические персональные данные. Настоящим также даю свое согласие Оператору на фотографическое изображение моего лица и частей моего тела (если это необходимо для проведения консультации с использованием телемедицинских технологий), а также видеосъемку, аудио- и видеозапись сеансов при оказании мне медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи с применением телемедицинских технологий я предоставляю право осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, изменение, использование, уничтожение) моих персональных с участием врача-консультанта, сведения о котором расположены на официальном сайте

(полное наименование медицинской организации, запрашивающей консультацию) - передачу моих персональных данных Оператору _____

наименование консультирующей организации, юридический адрес, наименование официального сайта, лицензия на осуществление соответствующих видов деятельности консультирующей организации, а также информация о враче-консультанте (Ф.И.О, сведения об образовании, занимаемая должность, стаж работы по специальности, сведения о

квалификационной категории, ученой степени) расположена на официальном сайте консультирующей медицинской организации;

- хранение и уничтожение Оператором результатов оказанной мне медицинской помощи, как на бумажном носителе (стационарная карта или амбулаторная карта пациента) без использования средств автоматизации, так и с использованием средств автоматизации (электронная медицинская карта пациента);
 - обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС;
 - во исполнение обязательств Оператора по работе в системе ОМС, обмен (прием и передача) моих персональных данных 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;
 - обмен (прием и передача) моими персональными данными с контролирующими органами (департамент здравоохранения Вологодской области, Управление Роспотребнадзора по Вологодской области, Территориальный орган Росздравнадзора по Вологодской области), а также с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Вологодской области, ГУ Вологодское региональное отделение Фонда социального страхования РФ, ФКУ «ГБ МСЭ по Вологодской области» Минтруда России 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;
 - хранение документации, полученной в результате оказания мне медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, осуществляется в электронном формате доступ к которой имеется у Министерства здравоохранения Российской Федерации;
 - хранение оперативной документации на бумажном носителе (стационарная карта или амбулаторная карта пациента) и в электронной медицинской карте пациента, полученных в результате оказания мне медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в соответствии с утвержденными регламентами Оператора.
- Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Я осведомлен(а), что без оформления моего согласия на обработку персональных данных Оператором могут обрабатываться данные, необходимые для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов, когда получение моего согласия невозможно. Таким образом, я осведомлен(а) о юридических последствиях отказа от предоставления моих персональных данных и отказа в подписании данного Согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое Согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего Согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов, полученных по результатам дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, включая материалы, направленные на консультацию, медицинские заключения по результатам консультаций и протоколы дистанционных консилиумов врачей.

Согласие действует с момента подписания и до его отзыва в письменной форме или до истечения периода времени, установленного нормативными актами по срокам хранения медицинской документации.

Права на обеспечение защиты персональных данных, обрабатываемых Оператором, и ответственность за предоставление ложных сведений о себе, мне разъяснены.

Я имел возможность задать интересующие меня вопросы и получил на них полные ответы. Содержание данного документа мною прочитано, полностью мне понятно, что я удостоверяю своей подписью.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____
(Ф.И.О)

Настоящее согласие дано " ____ " _____ 20 ____ г.

Информированное добровольное согласие на проведение телемедицинской врачебной консультации (дистанционного консилиума)

1. Я нижеподписавшийся(ая), _____

(Ф.И.О. пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны) настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о необходимости проведения телемедицинской консультации по поводу:

а) моей болезни _____

б) болезни _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного) представляемого мной на основании _____

(наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем и когда выдан).

2. Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации.

3. Добровольно в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) телемедицинской консультации.

4. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, осознаю риск, связанный с возможной утечкой информации.

5. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер и что дальнейшее ведение случая моей болезни будет осуществляться по решению моего лечащего врача.

6. Не возражаю против передачи данных о моей болезни, записи телемедицинской консультации на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

7. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

"__" ____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись пациента (расшифровка подписи)) или его законного представителя)

Настоящий документ оформлен (лечащий врач, заведующий отделением медицинской организации, другой специалист, принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении) по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого).

"__" ____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников медицинской организации.

"__" ____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи))

"__" ____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи))