

**Государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
Областная клиническая  
больница №3**

---

---

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА**

(форма пациентов)

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

г. Челябинск

**На обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия Имя Отчество субъекта персональных данных)

основной документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(вид, номер, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
настоящим даю свое согласие на обработку Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Областная клиническая больница №3, расположенному по адресу: 454021 г. Челябинск, пр. Победы, 287 (далее — Оператор) моих персональных данных (см. п. 3) на следующих условиях:

1. Согласие дается мною в целях оказания охраны здоровья путем оказания: лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной помощи Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Областная клиническая больница №3, соблюдения федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

2. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, передачу моих персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства.

3. Типовой перечень персональных данных передаваемых Оператору на обработку:

- 3.1. фамилия, имя, отчество;
- 3.2. адрес;
- 3.3. возраст;
- 3.4. пол;
- 3.5. дата рождения;
- 3.6. место рождения;
- 3.7. национальность;
- 3.8. данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);
- 3.9. место работы, профессия, должность;
- 3.10. полис (серия, номер);
- 3.11. наименование страховой компании;
- 3.12. СНИЛС;
- 3.13. цель посещения;
- 3.14. результат обращения;

- 3.15. статус;
- 3.16. диагноз;
- 3.17. особые отметки больного;
- 3.18. кем направлен;
- 3.19. кем доставлен;
- 3.20. дата поступления;
- 3.21. дата убытия;
- 3.22. дата смерти;
- 3.23. место смерти;
- 3.24. отделение;
- 3.25. палата;
- 3.26. группа крови;
- 3.27. резус принадлежность;
- 3.28. побочные действия лекарств (непереносимость);
- 3.29. дефекты;
- 3.30. инвалидность;
- 3.31. рост;
- 3.32. вес;
- 3.33. тип диабета;
- 3.34. артериальное давление;
- 3.35. код МКБ;
- 3.36. исход (умер, др. отд, др. стац, домой);
- 3.37. койко-дни;
- 3.38. трахеостомия;
- 3.39. психзаболевание;
- 3.40. перевод в ОПНБ/ОНД;
- 3.41. фамилия, имя, отчество матери;
- 3.42. семейное положение;
- 3.43. имя, отчество, возраст детей;
- 3.44. занятость;
- 3.45. контактные телефоны;
- 3.46. сведения об образовании (период обучения, название учебного заведения, факультет, специальность по диплому);
- 3.47. физиологические особенности роженицы;
- 3.48. течение родов;

4. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст. 14 ФЗ №152 от 27.06.2006г.).

5. Настоящее согласие дается до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, после чего персональные данные уничтожаются или обезличиваются.

6. Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор обязуется в течение 3 (трех) месяцев уничтожить, либо обезличить персональные данные Субъекта.