

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(форма пациента)

№ _____

Я,

(фамилия, имя, отчество субъекта)

основной документ, удостоверяющий личность _____

(вид, номер, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

Проживающий по адресу: _____

Настоящим даю своё согласие Государственному автономному учреждению здравоохранения «Областная клиническая больница №3», расположенному по адресу: 454136, г. Челябинск, пр. Победы, 287 (далее «Оператор»), на обработку моих персональных данных (см. п. 3) на следующих условиях:

1. Согласие даётся мною в целях охраны здоровья путём оказания лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной помощи Государственным автономным учреждением здравоохранения «Областная клиническая больница №3» и с соблюдением федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

2. Настоящее согласие даётся 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 учётом действующего законодательства.

3. Типовой перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку:

- 3.1. Фамилия, имя, отчество
- 3.2. Адрес и дата регистрации
- 3.3. Фактический адрес места жительства
- 3.4. Возраст
- 3.5. Пол
- 3.6. Дата рождения
- 3.7. Место рождения
- 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. Физиологические особенности роженицы
- 3.47. Течение родов
- 3.48. Сведения о законном представителе

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 (5 лет), 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 вручено лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор обязуется в течение 3 (трех) месяцев уничтожить, либо обезличить персональные данные Субъекта.