

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Детский санаторий № 42 Департамента здравоохранения города Москвы»**

**123103, г. Москва, ул. Таманская, дом 15, корп. 2125362 телефон: 8 (499) 199-28-25
ИНН/КПП 7734251530/773401001 факс: 8 (499) 199-28-25**

**Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя
пациента) на медицинское вмешательство, обработку персональных данных
и предоставление сведений, составляющих врачебную тайну**

Я, _____, (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
проживающий по адресу: _____, (адрес места жительства законного представителя пациента)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____ (указывается нужное)
пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____ (указывается нужное)
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы гражданина)

в соответствии с требованиями пункта 5 части 5 статьи 19, части 1 статьи 20, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (в интересах лица, законным представителем, которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю ГБУЗ ДС № 42 ДЗМ (далее - Медицинская организация) свое согласие (далее - Согласие):

1. На следующий(ие) вид(ы) медицинского(их) вмешательства(я):

№ п/п	Вид медицинского вмешательства

для получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы

Врачом _____
(наименование должности врача, указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) врача)

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, указанных в настоящем Согласии на любом этапе получения помощи, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя гражданина допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами).

2) На предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, любым способом, в том числе на основании письменного заявления медицинские документы, отражающие состояние моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов следующим гражданам:

_____ (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) доверенного лица;

_____ (контактный номер телефона доверенного лица)

3) На обработку Медицинской организацией лица, законным представителем которого я являюсь персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю Медицинской организации для обработки в следующих целях:

- 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;
- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;
- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы. Предоставляю Медицинской организации право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Медицинской организацией в страховую медицинскую организацию, в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС) и иные территориальные фонды обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и в другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Медицинская организация вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, организациям, в том числе, Департаменту информационных технологий города Москвы, а также уполномоченному учреждению Департамента информационных технологий города \ Москвы - Государственному казенному учреждению города Москвы «Информационно-аналитический центр в сфере здравоохранения» (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;
- Медицинская организация вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные в том числе нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящее Согласие вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Я информирован(а) (как лицо, законным представителем которого я являюсь) О том, что:

1. Лицу, уполномоченному законным представителем Потребителя на получение сведений о состоянии здоровья, предоставляется возможность, ознакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Потребителя, а также получать отражающие состояние здоровья Потребителя медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов, по моему заявлению.
2. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Медицинской организации в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
3. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Медицинской организацией только в рамках осуществления возложенных на нее полномочий и обязанностей
4. В соответствии с частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N! 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя.
5. Настоящее Согласие может быть мною отозвано в части согласия на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись уполномоченному представителю Медицинской организации.
6. В случае отзыва настоящего Согласия в части согласия на обработку персональных данных Медицинская организация вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без моего согласия

при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных».

Я удостоверяю, что:

- права как законного представителя Потребителя и субъекта персональных данных мне разъяснены и понятны;
- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: «__» _____ 20__ г.

Законный представитель Потребителя _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Если Заказчик, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящее Соглашение, но может в устной форме выразить свое согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями работников Медицинской организации.

_____ (указываются наименование должности медицинского работника Медицинской организации; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) - полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

_____ (указываются наименование должности медицинского работника Медицинской организации; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) - полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)