**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения**

**"Приморский краевой онкологический диспансер"**

**СОГЛАСИЕ пациента на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", ст. 94 Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", настоящим выражаю свое согласие ГБУЗ "Приморский краевой онкологический диспансер" г. Владивостока, ул. Русская, 59 (далее - Оператор) на обработку в моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, контактный телефон, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, 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, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), номер полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, моем диагнозе, имеющихся заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в том числе: анамнез, диагноз, сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность, видах оказанной медицинской помощи, условиях оказания медицинской помощи, сроках оказания медицинской помощи, объеме оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах, результатах обращения за медицинской помощью, серию и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования, осуществляемую как в медико-профилактических целях, так и в целях установления медицинского диагноза или оказания мне медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным хранить врачебную тайну, а также для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа.

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, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, 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 по ОМС (ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и ГУ ТФОМС ПК, а также передачу моих персональных данных в Департамент здравоохранения Приморского края, органы Росздравнадзора, а также третьим лицам, связанным с Оператором договором о сотрудничестве и обеспечивающим проведение молекулярно-генетических и иммуногистохимических исследований на территории Российской Федерации 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных ст.13 ФЗ №323 от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа (уведомления), 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 письменного уведомления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку по истечении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате медицинских услуг, оказанных мне до получения уведомления.

Я предупрежден о том, что проведение фото и видео съемки персонала и лечебного процесса в медицинском учреждении запрещено без разрешения руководителя учреждения.

Я предупрежден(а) и проинформирован(а) о правилах профилактики заражения новой коронавирусной инфекцией (соблюдение режима изоляции согласно установленным требованиям, соблюдение социальной дистанции, соблюдение личной гигиены, в том числе гигиены рук, ношение средств индивидуальной защиты).

Я предупрежден,(а), что в случае предоставления ложных сведений о состоянии моего здоровья, связанных с возможным наличием инфекционного заболевания инфекцией COVID –19 (повышение температуры тела, кашель, насморк, боль в горле, затруднение дыхания, слабость, боль в мышцах, тошнота и рвота), повлекших за собой угрозу распространения новой коронавирусной инфекции я буду нести ответственность в соответствии с действующим Кодексом об административных правонарушениях Российской Федерации и Уголовным кодексом Российской Федерации.

Настоящие согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

Я осведомлён(а) и дал(а) свое согласие, что на территории, в зданиях, в помещениях ГБУЗ «ПКОД» осуществляется видео и аудио фиксация, в целях обеспечения безопасности, контроля и выполнения пациентами внутреннего распорядка и обеспечения сохранности имущества.

Подпись субъекта персональных данных или его законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От предоставления паспортных данных отказался:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_