

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____, проживающий
(фамилия, имя, отчество пациента (последнее - при наличии))
по адресу _____, паспорт серия _____
(адрес пациента)
номер _____, выдан _____
(указать орган, которым выдан паспорт)
« ____ » _____ года
(дата выдачи паспорта)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» с целью оказания мне медицинской помощи, технического сопровождения и осуществления мониторинга данных о состоянии здоровья с использованием региональной информационной системы здравоохранения Тульской области (РИСЗ ТО), а также с целью

_____ (добавить иные цели обработки информации в соответствии с действующими правовыми актами (при необходимости) или поставить прочерк)

даю согласие следующему оператору персональных данных _____

_____ (наименование и адрес государственного учреждения здравоохранения Тульской области, являющегося оператором персональных данных)

на обработку моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, гражданство, место жительства, место регистрации, дата регистрации, пол, данные документа, удостоверяющего личность, данные полиса медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), телефон, анамнез, диагноз, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: внесение данных в информационную систему РИСЗ ТО, _____

_____ (добавить иные информационные системы, регистры, реестры (при необходимости) или поставить прочерк)

сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передача (предоставление доступа) другим операторам персональных данных, осуществляющих эксплуатацию РИСЗ то,

_____ (добавить иные информационные системы, регистры, реестры (при необходимости) или поставить прочерк)

в соответствии со своими полномочиями, а именно:

Министерство здравоохранения Российской Федерации (адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, Рахмановский пер, д. 3.);

Министерство связи и массовых коммуникаций Российской Федерации (адрес: 125009, г. Москва, ул. Тверская, д.7);

Министерство здравоохранения Тульской области (адрес: 300045, Тульская область, город Тула, Оборонная улица, 114г);

Государственное учреждение здравоохранения Тульской области «Тульский областной медицинский информационно-аналитический центр» (адрес: 300045, Тульская область, город Тула, Оборонная улица, 114г);

Государственное автономное учреждение Тульской области «Центр информационных технологий» (адрес: 300041, г. Тула, пр: Ленина, д. 2);

Государственные учреждения здравоохранения Тульской области;

_____ (добавить оператора персональных данных (при необходимости) или поставить прочерк)

Общее описание используемых способов обработки персональных данных: смешанная обработка, с передачей по внутренней сети указанных операторов персональных данных, с передачей по сети «Интернет» с использованием защищенных каналов связи.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до окончания срока эксплуатации РИСЗ ТО,

_____ (добавить иные информационные системы, регистры, реестры (при необходимости) или поставить прочерк)

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных в любой момент на основании письменного заявления, поданного в адрес оператора персональных данных.

_____ (подпись)

« ____ » _____ г.
(дата, месяц и год заполнения)